



Kongressprotokoll

**5 maj
27 – 28 september
2011**

FÖRORD

Detta kongressprotokoll innehåller allt skriftligt material som behandlats av kongressen med undantag av redan i förväg tryckta bilagor, i detta fall verksamhetsberättelserna.

Det skriftliga materialet består dels av inlämnade idéer, förslag och motioner dels av underlag från förbundsstyrelsen.

Underlagen från förbundsstyrelsen är av tre slag. Det är kompletteringar med fakta/bakgrund till idéer, förslag och motioner, det är egna förslag till politik inom olika ämnesområden samt slutligen förslag till beslut.

Vidare så återges alla skriftliga yrkanden och reservationer.

Slutligen så återges de formella besluten i sakfrågan.

I innehållsförteckningen finns yrkanden, reservationer och beslut med som egna rubriker så att det ska vara lätt att hitta dem.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Kongressens öppnande	15
2. Prövning av att kongressen kallats i behörig ordning	21
Beslut	21
3. Upprop av kongressombud	21
Beslut	21
4. Val av mötesledning	22
Beslut	22
5. Val av justerare och rösträknare	22
Beslut	22
6. Fastställande av föredragningslista	23
Beslut	24
7.1 Arbetsordning - Idé/förslag/motion	25
Namn på samtliga nominerade	25
Yrkande.....	25
Beslut	26
Förlängd motionstid.....	26
Beslut	26
7.2 Förslag till arbetsordning	27
Yrkande.....	28
Beslut	29
8. Verksamhetsberättelser för 2008, 2009, 2010	29
Dialog	29
Beslut	29
9. Revisorernas berättelse	30
Beslut	30
10. Ansvarsfrihet för styrelsen	31
Yrkande.....	31
Beslut	31
11. Val	32
Yrkande.....	32
Beslut	32
Yrkande.....	33
Beslut	33
11.1 a Antal ledamöter i förbundsstyrelsen	33
Beslut	33
11.1 b Valberedningens förslag till förbundsordförande:	33

Beslut	34
11.1 c Valberedningens förslag till vice ordförande:.....	34
Beslut	34
11.1 d Valberedningens förslag till ledamöter:	35
Beslut	35
11.2 a Valberedningens förslag till revisorer:	36
Beslut	36
Yrkande.....	36
Beslut	36
Förslag till revisorssuppleanter	37
Beslut	37
11. 3 a Antal ledamöter i valberedningen.....	37
Beslut	37
11.3 b Nominerade till valberedning 2011-2014.....	37
Beslut	38
12.1 Medlemsberättelser	39
Medlemmar i Vårdförbundet – 6 personligheter	43
Beslut	50
12.2 Vårdförbundets medlemsundersökning 2011	50
Sammanfattning	50
1 Bakgrund.....	52
2 Mål och målgrupp.....	52
2.1 Mål.....	52
2.2 Kompletterande undersökningar.....	53
2.3 Målgrupp	54
2.4 Samarbete med Synovate	54
3. Metod	54
3.1 Målgrupp och urval	54
3.2 Enkät	55
3.3 Adressuppgifter	55
3.4 Enkätdistribution	55
3.5 Databearbetning och analys	55
4. Resultat.....	56
4.1 Svarsfrekvens.....	56
4. 2 Delmål 1: Synliggöra hur medlemmarna upplever och uppfattar sitt yrke och sitt yrkesliv	58
4.2.1 En yrkesarbetande i hushållet	58

4.2.2	Två eller fler yrkesarbetande i hushållet	58
4.2.3	Hushållsekonomi	58
4.2.4	Fritid	60
4.2.5	Engagemang i föreningar	62
4.2.6	Anställning.....	62
4.2.7	Arbetstid	62
4.2.8	Yrkesmotiv.....	64
4.2.9	Samarbete med kollegor och andra yrkesgrupper.....	64
4.2.10	Uppfattningar om problemlösning på arbetsplats	66
4.2.11	Uppfattningar om patientvårdmiljö	66
4.2.12	Medlemmar är nöjda med sina nuvarande jobb.....	68
4.2.13	Omvårdnads kvalitet.....	69
4.2.14	Patientsäkerhet.....	69
4.2.15	Moralisk stress.....	72
4.3	Delmål 2: Vad har medlemmarna för behov av resurser och förutsättningar för sitt arbete/sin uppgift/sin utveckling?	73
4.3.1	Resurser	73
4.3.2	Befogenhet och inflytande	75
4.3.3	Ledarskap.....	77
4.3.4	Utbildning och kompetensutveckling	78
4.3.5	Tillämpning av nya forskningsrön och nya kunskaper via vetenskapliga tidsskrifter	82
4.3.6	Vill/kan bedriva utvecklingsarbete och får stöd från chefen.....	82
4.3.7	Kunskap används fullt ut	84
4.4	Delmål 3: Klargöra hur medlemmarna uppfattar vårdens uppdrag och mål/måluppfyllelse för att hitta strategiska områden för utveckling och förbättring.85	
4.4.1	Uppfattningar om vårdens utveckling i Sverige.....	85
4.4.2	Uppfattningar om vårdens utveckling på arbetsplats	85
4.4.3	Arbetsplats bedriver en god vård enligt Socialstyrelsens vägledning	87
4.4.4	Uppfattningar om Vårdförbundet	88
4.5	Delmål 4: Synliggör hur medlemmarna påverkas av olika samhällsfrågor	89
	Dialog.....	91
13.1	Omvärldsrappport - Trender och sammanfattning	92
	Tio nyckeltrender	92
	Samhällsveckling som påverkar Vårdförbundet och vården	93
	Vårdens utveckling.....	94
	Utveckling av säkerhetskulturen i vården.....	95
	Professionsutveckling	95

Utveckling av lön - och villkorsfrågorna.....	96
13.2 Omvärldsrapport med sikte på 2014 - Huvudrapport	98
Samhällsutveckling som påverkar Vårdförbundet och vården	98
Vårdens utveckling.....	101
Utvecklingen av säkerhetskulturen i vården.....	108
Professionsutveckling	114
Professionsutvecklingen yrke för yrke.....	121
Utveckling av lön – och villkorsfrågorna.....	126
Dialog.....	130
13.3 Sammanfattning av ombudens utvärdering av omvärldsrapporten inför kongressen 2011	131
13.4 Bilaga till omvärldsrapporten 2011 – uppdaterade omvärldsnyheter mars – juli 2011	132
Samhällsutveckling som påverkar Vårdförbundet och vården	132
Detaljhandelns försäljning väntas öka med 3,5 procent 2010 och 3,5 procent 2011.	133
Vårdens utveckling.....	133
Professionsutveckling	134
Utvecklingen av lön och villkorsfrågorna	135
14.1 Tema Vårdförbundet - Rapport av uppdraget	138
Inledning	138
Uppdraget från kongressen 2008.....	138
Val av arbetssätt och genomförande.....	139
Sammanfattning av process och tidsplan.....	139
Vilka vi är och vårt uppdrag.....	141
Idé/Förslag/Motion	143
14.1 Tema Vårdförbundet - Bilaga 1 Utredningsdirektiv	143
Dialog.....	145
Yrkande.....	145
Beslut.....	145
22.1 Utdelning av SalusAnsvars vårdpris 2011	146
Kongressens första del avslutas	147
Kongressen ajourneras.....	148
Reservation	148
Kongressen återupptas.....	149
3. Upprop av kongressombud	152
Beslut.....	152
6. Fastställande av föredragningslista.....	152

Beslut	152
7.2 Förslag till arbetsordning och program 26-28 september	153
Beslut	155
14.2.1 Tema Vårdförbundet - Medlemskapet.....	155
Förbundsstyrelsens redovisning	155
Idé/förslag/motion	157
1. Medlemskap - medlemmens åtagande (2008)	157
2. Karens i medlemskapet (2011).....	157
3. Spärrtid för medlemskap (2011)	158
4. Medlemsutbildning i löneförhandling (2008)	159
5. Medlemsomröstning avtal (2008)	160
6. Referensgrupp till hjälp inför tecknande av kollektivavtal (2011)	161
7. Centrala löneavtalsförhandlingar och avtalskongress (2011)	162
8. Medlemmar på kongressen (2008).....	164
9. Medlemsalmanacka (2008)	165
10. Medlemskort (2008).....	165
11. Medlemsbibliotek (2011)	166
12. Stoppa diskriminering av medlemmar i Vårdförbundet (2011).....	168
13. Billigt boende (2008).....	170
14. Mervärde i medlemskapet (2011).....	171
15. Alkohol inom verksamheten (2011)	173
14.2.1 Tema Vårdförbundet - Arbetsgruppens rapport – Mitt medlemskap i Vårdförbundet.....	174
Medlemskapets innehåll.....	175
Möjligheter och förbättringsområden – och några utmaningar och dilemman.....	176
14.2.2 Tema Vårdförbundet - Organisation	183
Förbundsstyrelsens redovisning	183
Idé/förslag/motion	186
1. Vårdförbundet blir en Fair Union (2011)	186
2. Fairtrade-ambassadörer (2011).....	187
3. En tydligare och formell stadga (2008)	188
4. Återinförande av begreppen "fackförbund" och "yrkesförbund" i Vårdförbundets stadga (2008).....	189
5. Införande av begreppen fackförbund och yrkesförbund i Vårdförbundets stadga (2011)	191
6. Återinförandet av begreppen arbetsmiljö och skyddsombud i stadgan (2008)	192

7. Motion angående att införa begreppet; förtroendevald tillika skyddsombud, i stadgan (2011)	193
8. Förbundsstyrelsens storlek samt förbundsstyrelsens och avdelningsstyrelsens sammansättning (2008)	195
9. Nyval till förbundsstyrelsen (2011).....	197
10. Beskrivning av de förtroendevalda förbundsrevisorernas uppdrag (2011)	197
11. Val av revisorer och suppleanter (2011)	198
12. Valprocessen (2008)	199
13. Översyn av valprocessen (2011)	201
14. Valberedningen tar fram kandidater och de nominerade går ut med aktiva valkampanjer (2011).....	202
15. Hanteringen av motioner lagda till Vårdförbundets kongress (2011)	203
16. Delad kongress (2011)	205
17. Avdelningsstyrelser - gemensamt reglemente (2008)	207
18. Avdelningsstyrelser – arvoden (2008)	208
19. Avdelningarnas It-tekniska verktyg anpassas efter lokala behov (2008) ...	210
20. Vårdförbundet utvecklar IT (2011)	211
21. Tekniska verktyg till förtroendevalda i avdelningsstyrelserna (2011).....	212
22. Utvecklat ledarskap inom Vårdförbundet (2011)	213
23. Plattform för förtroendevald på arbetsplatsen (2008)	215
24. Hur blir det attraktivt att vara förtroendevald i Vårdförbundet? (2011)	216
25. Företrädarplattform 2011 (2011).....	217
26. Stärka de förtroendevalda i sitt uppdrag (2011)	218
27. Fråga din expert (2011)	220
28. Chefsmedlemmarna (2008).....	222
29 Regional samordning för chefsmedlemmar? (2011).....	224
30. Stödet till chefsmedlemmar ska placeras på central nivå (2011).....	225
31. Privatanställda medlemmar(2008).....	227
32. Vårdförbundet bör tillhöra SACO (2008).....	228
33. Anslut förbundet till SACO (2011).....	229
34. Idé om jämställdhetsutbildning nationellt (2011).....	230
14.2.3 Tema Vårdförbundet - Kvalitetskriterier	231
Yrkande.....	233
Beslut	234
14.2.4 Tema Vårdförbundet - Stadga.....	235
14.2.5 Tema Vårdförbundet - Kommunikation	238
Förbundsstyrelsens redovisning	238
Idé/förslag/motion	239

1. Välkomstpaket till alla studerandemedlemmar (2011)	239
2. Vårdförbundet – marknadsföring (2008).....	239
3. Vårdförbundet – Vårdförbundsveckan (2008).....	240
4. Medlemspins, att synliggöra Vårdförbundet (2011)	241
5. Brosch eller dylikt för arbetsplatsens förtroendevalda (2008).....	242
6. Förbundsstyrelsens protokoll (2008)	242
7. Låsa informationen på Vårdförbundets webb (2011).....	244
8. Användning av webbkonferenser (2011).....	245
9. LIV åter! (2011).....	246
10. Tidning för chefer (2011)	247
15.1 Vård.....	248
Idé/förslag motion	248
1. Jämlig vård – använd evidensbaserad kunskap	248
Beslut.....	249
2. Omskärelse av pojkar.....	249
Yrkande.....	251
Beslut.....	252
3. Större tillgång till skolsköterskor	252
Yrkande.....	255
Beslut.....	255
4. Geriatrisk sjukvård och dess framtida inriktning	256
Yrkande.....	258
Beslut.....	258
5. Har ÄDEL spelat ut sin roll och är det dags för nytänkande?	259
Beslut.....	262
15.2 Vårdförbundets idé om vården.....	262
Yrkande.....	271
Beslut.....	272
15.3. Strategi inför 2014 med perspektivet vården	272
Dialog.....	272
16.1 Utbildning och professionell utveckling.....	273
Idé/förslag/motion	273
1. Akutsjuksköterska som vidareutbildning.....	273
2. Telefonrådgivning som påbyggnadsutbildning 30 hp.....	273
3. Specialistutbildning för alla våra yrken 1	274
4. Specialistutbildningar för alla våra yrkesgrupper 2	274
5. Vem är specialistsjuksköterska? 1.....	274

6. Vem är specialistsjuksköterska? 2.....	274
7. Specialistutbildning ska finnas för alla våra fyra professioner samt anpassade tjänster efter kompetens och specialist utbildning.	275
8. Specialistsjuksköterska	275
9. Tankar om sjuksköterskeyrket	276
10. Specialistutbildning för biomedicinska analytiker.....	276
11. Kompetensutveckling på betald arbetstid 1	277
12. Kompetensutveckling på betald arbetstid 2	277
Yrkande.....	280
Beslut	280
13. En naturlig kompetensutveckling	280
Yrkande.....	282
Beslut	283
14. Röntgensjuksköterskan ska räknas som en specialitet.	283
Beslut	285
15. Samhällets syn på sjuksköterskeyrket.....	285
Beslut	286
16. Nationell utbildningsplan för grundutbildningarna	286
17. Nationell kursplan	287
Beslut	288
18. Kostnadsfria praktiker	288
Beslut	288
19. Forskrivningsrätt för sjuksköterskor och barnmorskor	289
Beslut	290
20. Mer ansvar åt distriktssköterskorna!	290
Beslut	292
16.2 Vårdförbundets utbildningspolitiska idé	292
Yrkande.....	298
Beslut	299
Reservation	299
16.3 Strategi inför 2014 med perspektivet utbildning/profession	299
Dialog.....	299
17.1 Vårdens ledarskap.....	300
Idé/förslag/motion	300
1. Health Technology Assessment	300
Yrkande.....	301
Beslut	301

17.2 Vårdförbundets idé om vårdens ledarskap	301
Yrkande.....	304
Beslut	304
17.3 Strategi inför 2014 med perspektivet vårdens ledarskap.....	304
Dialog.....	304
18.1 Värderingsförändring och lönebildning	305
Idé/förslag/motion	305
1. Vårdförbundet skall verka för jämställdhet mellan kvinnor och män i samhället	305
Beslut	306
2. Löneläget för Vårdförbundets medlemmar	306
Beslut	306
3. Stora brister i AID-systemet för Vårdförbundets medlemmar	306
Yrkande.....	308
Beslut	308
4. Lokalt lönearbete?	308
Beslut	309
5. Löneförhandlingar inte förhandlas lokalt.....	309
Beslut	310
6. Förtroendevaldas villkor	310
Yrkande.....	311
Beslut	311
7. Förslag på vad VF ska arbeta med nästa år.....	311
Yrkande.....	312
Beslut	312
18.2 Vårdförbundets lönepolitiska idé.....	312
Yrkande.....	316
Beslut	317
18.3 Strategi inför 2014 med perspektivet värderingsförändring och lön	317
Dialog.....	317
Punkt 19.1 Hälsosam vårdmiljö	318
Idé/förslag/motion	318
1. Delvis betald arbetstidsförkortning för äldre	321
2. Arbetstidsförkortning med bibehållen lön för äldre yrkesutövare	321
3. Åldersrelaterad veckoarbetstid	321
4. Arbetstidsförkortning - bibehålla kompetensen.....	321
5. Att orka ett helt yrkesliv	322

6. Arbetstidsmodeller	323
7. Kortare arbetstid vid treskiftsarbete	323
8. Sänk heltidsmåttet vid rotationstjänstgöring	323
9. Förbättrade villkor vid rotationstjänstgöring, Veckoarbetstiden sänks till 32 h	324
10. Nattarbetstidstrappa med förkortad arbetstid för nattarbetande medlemmar	324
11. Förbättrade villkor vid rotationstjänstgöring – modell för återhämtning.....	325
12 Nattarbete.....	325
13. Förkortad arbetstid	326
14. Kortare veckoarbetstid.....	326
15. Arbetstider	326
16. Sänkt arbetstid.....	326
17. Arbetstidsförkortning 1	327
18. Arbetstidsförkortning 2.....	327
19. Arbetstid	327
20. Heltid lika många timmar som ambulanssjukvårdare/sjuksköterskor.....	327
21. Generell arbetstidsförkortning.....	327
22. Förkortad veckoarbetstid = Hälsosammare arbetstid 1	328
23. Förkortad veckoarbetstid = Hälsosammare arbetstid 2	328
24. Sänkt arbetstid till 35h/vecka	329
25. Arbetstidsförkortning vid obekvämt arbetstid.....	329
26. OB-tillägg.....	329
27. Indexreglerad Ob-ersättning.....	330
28. Allmänna bestämmelser – jour och beredskapsersättning	330
29. Angående jour, ob & beredskap	330
30. Beredskapsersättning vid storhelg.....	330
31. Beredskapsavtal 1	331
32. Storhelgsersättning till alla som arbetar under beredskapstjänstgöring.....	331
33. Beredskapsavtal 2	331
34. Bättre ersättning vid beordrad övertid.....	331
35. Kvalificerad övertidsersättning oavsett procentuell sysselsättningsgrad ...	332
36. Beordrad arbetstid.....	332
Yrkande.....	332
Beslut	332
Reservation	332
37. Arbetstidsforskning	333
38. Verka för aktuell forskning om hur nattarbete påverkar hälsan	333

Beslut	334
39. Powernap	334
Beslut	335
40. Tjänstledighetskvot	335
41. Kvotering och löneavdrag i samband med frånvaro	335
Beslut	336
42. Männens rätt till föräldraledighet under graviditeten	336
Beslut	337
43. Betald ombytestid	337
44. Arbetskläder/arbetstid	337
Yrkande	338
Beslut	338
45. Krafttag kring arbetsmiljön	338
Yrkande	339
Beslut	339
46. Schemalagd friskvård	339
Beslut	340
47. Förbättrade villkor vid rotationstjänstgöring – hälsokontroller	340
Beslut	341
48. Bröstcancer som arbetsskada	341
Yrkande	341
Beslut	342
49. Rätt till företagshälsovård för arbetsskadade	342
Beslut	342
50. Karensdag vid arbetsförvärvad sjukdom	343
Beslut	343
51. Arbetskadeförsäkring för anställda inom kommun och landsting	344
Beslut	346
52. Angående ersättning till medlemmar från arbetsgivare vid all form av blodsmitta	346
Yrkande	348
Beslut	348
53. Försäkring som medlem tecknat via Vårdförbundet i SalusAnsvar	348
Beslut	349
19.2 Vårdförbundets idé om en hälsosam vårdmiljö	349
Yrkande	354
Beslut	356

19.3 Strategi inför 2014 med perspektivet hälsosam vårdmiljö.....	357
Dialog.....	357
20 Strategi och inriktning inför 2014.....	358
Beslut.....	359
21.1 Ekonomi	360
Idé/förslag/motion	360
1. Medlemsåterbäring eller ”gratismånad” till trogna medlemmar.....	360
Beslut.....	361
21.2 Medlemsavgifter	361
Yrkande.....	361
Beslut.....	362
21.3 Ekonomi för 2012-2014.....	362
Beslut.....	364
22 Övriga frågor.....	364
Beslut.....	364
7.2 Reviderad arbetsordning	365
Beslut.....	365
23 Kongressen avslutas.....	365
Bilagor	366
Bilaga 1 a - Närvarolista 2011-05-04	366
Bilaga 1 b - Närvarolista 2011-09-27--28	371
Bilaga 2 a – Dialog punkt 8 - Verksamhetsberättelser	376
Bilaga 2 b – Dialog punkt 13 - Omvärldsrapport	380
Bilaga 2 c – Dialog punkt 14.1 - Vårdförbundet.....	385
Bilaga 3 – Dialog punkt 20 - Strategier.....	388

1. Kongressens öppnande

Kongressen öppnades av Anna-Karin Eklund.

Inledningsanförande av Anna-Karin Eklund

Kongressombud och gäster, Välkomna till Vårdförbundets 14:e ordinarie kongress.

Även om det är lite kyligt här i Stockholm idag, så är det faktiskt mellan hägg och syren. Det påminner mig om visan och att även det här uppdraget är ”blott lånat”.

Det har gått sex år sedan jag tog över stafettpippen som ordförande i Vårdförbundet, det finaste uppdrag en sjuksköterska i Sverige kan ha. Det har varit sex mycket händelserika och stimulerande år som har gått förskräckande fort. Även om det har varit roligt och intressant så vill jag inte sticka under stol med att det tidvis har varit jobbigt. Då har det funnits olika sätt att fylla på energi. Ett av de viktigaste har varit möten med medlemmar som stolt visar upp den verksamhet de arbetar i.

Eftersom det är den internationella barnmorskedagen idag så vill jag nämna ett av de arbetsplatsbesök jag gjorde denna dag för ett år sedan. Det var på Rosengrenska stiftelsen i Göteborg. Rosengrenska är ett fristående nätverk av vårdpersonal som hjälper gömda flyktingar ideellt.

Barnmorskorna jag träffade där berättade hur de arbetar för att bl.a. hjälpa papperslösa kvinnor att få den mödrahälsovård och förlossning som vi anser vara en självklar mänsklig rättighet. Den stolthet och det engagemang dessa medlemmar visade gav mig en kick som räckte ett bra tag i det vardagliga fackliga arbetet. Jag vill passa på att sända en hälsning till alla barnmorskor i hela världen som med sitt arbete hjälper kvinnor till en god hälsa samt ger barn goda förutsättningar med en säker start i livet. Ni är riktiga hjältar!

Detta är den andra ordinarie kongressen som jag har äran att öppningstala på men vi har under denna tid också haft tre avtalskongresser och ett stort antal nationella mötesplatser och förbundsråd. Vårdförbundet är i sanning ett demokratiskt förbund!

Vid kongressen 2005 hade vi börjat formulera en framsynt politik för hur vården kan utvecklas, hur vårdens medarbetare kan tillåtas att växa och hur den därigenom kan bli både bättre och mer effektiv.

Och i mitt avslutningstal pekade jag på fyra stora utmaningar de kommande åren:

- Varje medlem måste se resultat i lönekuvertet när hon eller han bidrar till att utveckla vården.
- Småpåvarnas revirförsvar måste brytas och man måste låta oss utveckla vården utan ständiga omorganisationer.
- Ledarskapet i vården måste uppmuntras och mångfalden bland chefer måste öka.
- Svensk vård kan bli världsledande om den öppnas för omvärlden

För att ta itu med dessa utmaningar tog jag i min första ledare i Vårdfacket upp att

- Vi måste engagera våra medlemmar i det lokala förändringsarbetet.

- Vi måste fortsätta att ifrågasätta vårdens nuvarande organisation och peka på nya lösningar.
- Vi måste utveckla demokratin i förbundet, så att förbundets frågor och ståndpunkter är fast förankrade hos medlemmar och förtroendevalda.

Jag poängterade särskilt att en av Vårdförbundets styrkor är att vi är synliga i hela landet, för befolkningen, för olika arbetsgivare och på arbetsplatserna.

Hur gick det då med dessa utmaningar?

Vi har varit väldigt framgångsrika på den nationella arenan med att få genomslag för vår idé om ett nytt paradigm inom vården! Vi har en vårdpolitik som det lyssnas till. På många punkter kan vi hitta näst intill blåkopior på våra idéer hos flera av riksdagspartierna. Dessutom kan vi vara stolta över en vårdpolitik som utmanar vården föråldrade hierarkier.

Vår kunskap gör sig hörd och tar plats! Vårdförbundet som organisation och våra fyra yrkens syn på vården är efterfrågad. Ett bra exempel är medlemmars agerande under konflikten 2008. Överallt i media stod våra medlemmar och beskrev på ett levande sätt varför våra yrken är livsnödvändiga. Ett annat exempel är den senaste valrörelsen där partierna stod i kö för att lova oss förbättringar. Vår självbild och professionsidentitet är i ständig positiv utveckling.

De senaste åren har det tagits viktiga steg mot en ny säkerhetskultur i vården. Vårdförbundet har på många sätt bidragit till denna utveckling. Vårt arbete med att vrida fokus från att hitta syndabockar till ett förebyggande arbete som bygger på systemtänkande har burit frukt och är nu lag.

Lika framgångsrika som vi har varit med att få gehör för behovet av ett paradigmskifte inom vården lika svårt har det varit att få bort den strukturella lönediskrimineringen eller få tillstånd hälsosamma arbetstider inom vården. Det är naturligtvis inte förvånande. Att Sveriges vårdgivare vill ha vår hjälp med att göra vården bättre och mer effektiv betyder inte att de automatiskt vill betala oss mer. Det är ju bl.a. den vissheten som gör att vi engagerar oss i Vårdförbundet.

Vi har långt kvar innan vi kan känna oss rätt värderade. Det är viktigt att komma ihåg att en central avtalsrörelse och ett centralt avtal är en mycket liten del av det arbetet. Utan ett aktivt arbete lokalt och nationellt både med att utveckla vården, vår kunskap och den lokala löneprocessen är avtalet inte värt mer än pappret det är skrivet på.

Inledningsvis sa jag att Vårdförbundet i sanning är ett demokratiskt förbund. Vi har många mötesplatser och många förtroendevalda som gör ett viktigt arbete. Som vi kan se i omvärldsrapporten till kongressen och medlemsberättelserna finns det ändå fortfarande mycket kvar att göra. Bara för att vi tycker att vi har en demokratisk struktur betyder det inte att medlemmarna automatiskt kommer att köa för att komma till våra möten. Vårdförbundet måste finnas där medlemmarna är!

Utvecklingen mot fler och mindre privata arbetsgivare är i sig en viktig utmaning. Unga storstadsbor som arbetar på sjukhus eller hos privata arbetsgivare är dubbelt så skeptiska mot Vårdförbundet som den genomsnittliga medlemmen. Där är ett medlemskap i Vårdförbundet långt ifrån någon självklarhet. Förtroendet från medlemmarna måste erövrats och återerövrats

varje dag på året. Därför kommer diskussionerna om Tema Vårdförbundet att vara centrala på denna kongress

På den här kongressen skall vi, som brukligt är, avsluta den gångna verksamhetsperioden och välja en ny förbundsstyrelse, det ska vi göra idag. Efter att den nya styrelsen fått formera sig fortsätter kongressen i september för att efter fördjupade politiska diskussioner besluta om den politiska inriktningen för den kommande kongressperioden.

Den nya Förbundsstyrelsen står inför många stora utmaningar och får överta stafettpinnen i flera viktiga frågor. Det handlar bland annat om att fortsätta att driva utvecklingen av förbundets organisation som påbörjats i Tema Vårdförbundet. Samtidigt är det viktigt med balans i vårt arbete. Vi får inte bli så inåtriktade så vi tappar kraft i det viktiga förändringsarbetet i vården och i kampen mot den strukturella lönediskrimineringen där Vårdförbundet är en avgörande kraft!

Avslutningsvis vill jag gärna upprepa det jag sagt och tänkt så många gånger under min tid som förtroendevald i Vårdförbundet: Allting går – vissa saker tar bara lite längre tid!

Än en gång välkomna till Vårdförbundets 14:e ordinarie kongress.

Härmed förklarar jag kongressen för öppnad.

Och är väldigt glad att få lämna ordet till Sture Nordh, TCO:s ordförande.

Anförande av TCO:s ordförande Sture Nordh.

Tack för er inbjudan att få tala på er kongress. Det känns både väldigt roligt och lite vemodigt, eftersom det är näst sista veckan på jobbet för mig, som TCO-ordförande.

När jag besökte er kongress som nyvald TCOs ordförande i november 1999, talade jag om det som sen länge varit en hjärtefråga för oss – möjligheten till utbildning. Insikten att individen idag behöver en gedigen grundutbildning och sen kontinuerligt kunna fylla på med kunskap; för att kunna göra sitt jobb, för utveckling och karriär, eller välja något helt nytt.

Framtidens arbetsmarknad kommer att kräva allt större utbildningssatsningar – från förskolan till Universitet.

Detta är ett faktum som ingen kan bortse från om Sverige ska kunna konkurrera på den globala marknaden, eller om kvalitet och säkerhet ska finnas i hälso- och sjukvården. Vi i TCO arbetar med dessa frågor på ett bredare plan, medan jag vet att ni jobbar mycket med specialistutbildningarna för sjuksköterskor, där det finns en stor brist på personal.

Vårdförbundets arbete

Det handlar både om att få arbetsgivarna att erkänna behovet av fler specialistutbildade utifrån hur vården har förändrats, men också att den ökade kompetens som en specialistutbildning innebär faktiskt måste värderas ordentligt. Det är inte rimligt att kräva att individen ska gå en utbildning på egen bekostnad, men knappt få något lönepåslag för det. Individerna tvingas ta

ett orimligt stort ansvar för att upprätthålla den kompetensnivå dagens sjukvård kräver, medan arbetsgivarna tittar på.

Att det ser ut så här handlar till stor del om en sak: om kön. I stort sett säger sig alla vara överens om att högre utbildning ska löna sig, men samtidigt är era medlemsgrupper konsekvent felavlönade. Det beror på att yrken som domineras av kvinnor konsekvent värderas lägre än yrken eller sektorer som domineras av män.

Detta är det största lönepolitiska problemet vi har i Sverige idag. Det handlar, som ni så riktigt brukar påpeka, inte om lönediskriminering - utan om att stora grupper är strukturellt felavlönade. Jag imponeras av ert arbete med att systematiskt lyfta fram och driva frågan. Att kvinnor har sämre löneutveckling än män med motsvarande utbildning är inget mindre än en skandal och vi får inte mattas i vårt arbete för att bryta detta.

Ert arbete med stärkta yrkesidentiteter är en viktig del av arbetet för att höja löneläget. Barnmorska, biomedicinsk analytiker, röntgensjuksköterska och sjuksköterska är alla professioner. Dessa professioners kunskap och arbetsinsatser är oerhört viktiga för att upprätthålla en god folkhälsa, se till att gamla kan vara friska så länge som möjligt och ha ett bra liv, och för att den som är svårt sjuk ska kunna vara trygg i att hon får den bästa vården - och själv använda sina krafter för att bli frisk.

Att stärka professionerna är en del i arbetet för att höja löneläget, men en annan viktig del är förstås det dagliga fackliga arbetet; att se till att det finns fungerande lönekriterier, fungerande lönesamtal och ett lokalt fack som är en blåslampa för att visa på värdet av det arbete som utförs.

Ni ska ha rätt lön som högutbildade och professionella yrkesmännskor, men också för det oerhört stora ansvar som vilar på alla er, i ert dagliga arbete. Det måste värderas högre. Ansvaret uppmärksammas alltid när någon råkar göra fel, men inte alla de gånger alla gör rätt. Ert arbete handlar faktiskt om liv och död. För riktiga människor! Hela livet igenom är vi beroende av era kunskaper och ert arbete.

Historia och förhandlingsrätt

Ibland tänker jag att vi kan vår egen historia lite för dåligt, och därför kanske blygsamt tror att vi har spelat en mindre roll historiskt än vad vi faktiskt har.

Barnmorskor och sjuksköterskor tillhör de grupper som organiserade sig mycket tidigt i Sverige. Först i yrkesorganisationer, men som sedan såg behovet av att arbeta gemensamt för yrke och villkor, och att vi tillsammans kunde bli än starkare. Det moderna TCO bildades 1944 och idén om att vi är starkare tillsammans - och det håller fortfarande!

Vi består idag och växer tillsammans medlemsmässigt igen. Det som förenar oss i TCO-förbunden idag är att vi är professionella och välutbildade yrkesutövare. Att vara tjänsteman idag innebär i de allra flesta fall att man har en akademisk examen, och likheten mellan TCOs och Sacos medlemskap blir allt större.

2010 samlar TCO och Saco tillsammans 1,8 miljoner medlemmar, samtidigt som LO-förbunden har 1,5 miljoner. Och organisationsgraden är högre inom TCO och Saco. Det gör oss världsunika!

Men bilden av facket fortfarande alltför präglad av LO. Det måste vi ändra på. Det hänger till stor del på oss att sluta tänka att vi alltid ska vara lillasyster, utan att flytta fram våra positioner. Det är ju också något som TCO och förbunden jobbar med gemensamt – att vi ska ha ett inflytande som motsvarar vår storlek på arbetsmarknaden.

Naturligtvis har TCOs medlemsorganisationer gynnats av strukturförändringarna på arbetsmarknaden. Fler arbeten som kräver utbildning och färre med lägre kvalifikationskrav har lett till att medlemsantalet ökat. Men det förklarar inte att också organisationsgraden är högre. Förbunden har uppenbarligen varit aktiva, attraktiva och relevanta.

Vi vet av en mycket lång erfarenhet att förbättrade villkor beror på oss själva. Vi kan inte lita till politiska beslut eller arbetsrättsreformer. Möjligheten till en rimlig pension, lön, arbetstid eller till inflytande har alltid berott främst på våra kollektivavtal.

Det är därför ingen tillfällighet att TCO än idag är den som ofta reagerar snabbast och hårdast av centralorganisationerna, när politiska beslutsfattare, oavsett regeringsmajoritet, vill inskränka den fria förhandlingsrätten. Under senare år har TCO flera gånger framgångsrikt stridit för avtalsfriheten mot regeringar som velat göra inskränkningar i avtal om sjukersättning och pensioner.

Organisationsfrihet och frihet att förhandla och teckna kollektivavtal är en del av de av det internationella samfundet överenskomna mänskliga rättigheterna. Det är oerhört viktigt i en globaliserad värld att alla – överallt – har rätt att bilda fria fackföreningar och med hjälp av dem kämpa för bättre villkor och bättre liv. Och rätten till det hotas inte bara av auktoritära regimer, det har vi sett under de offentliganställdas kamp under våren i Wisconsin.

Vi kommer att behöva rätten till kollektivavtal även i fortsättningen. Idag hotas den från EU, med de förslag som nu tas fram för att stärka Euron, i den pågående krisen. Lönebildning är ingen EU-fråga, förhandlingsfriheten får inte inskränkas. Det ska vi se till genom påverkan av vår egen regering, och i Bryssel tillsammans i Europafacket.

Vi bör vara medvetna om detta, stolta och ödmjuka för den betydelse vi faktiskt har och kan ha, när vi ställer våra krav på politikerna. Vi gör skillnad! Och våra åsikter är väl värda att lyssnas på.

Vikten av det fackliga förnyelsearbetet

Vi har en hemläxa att göra när det gäller hur vi gör våra organisationer relevanta för unga, välutbildade människor i Sverige idag. Inom TCO-förbunden gör vi vårt bästa med den här läxan, inom samarbetet Facket förändras nu.

Det har snart pågått i fyra år, och ska utvärderas till TCO-kongressen nästa vecka. Vi arbetar med förnyelse av våra arbetsformer, ofta inspirerade av Vårdförbundet, med nya vägar för kommunikation, att öka synligheten av facken, att visa kollektivavtalens värde och ger råd till sommarjobbade.

Det är nog för tidigt att se om vi genom detta har åstadkommit attitydförändringar och ökad kunskap, men intresset för facket ökar. Det vi måste komma ihåg är att varje generation måste vinnas för den fackliga tanken, utifrån sina förutsättningar och erfarenheter.

För: Behoven av fackliga organisationer består och är desamma, men uppgifter och arbetsformer måste förändras. Ingen som arbetar är ointresserad av att förbättra villkoren på sitt jobb. Ingen!

Vi måste bara i praktisk handling visa det och se till att berätta att är för det vi finns till!

Och arbetet har gett resultat, antalet aktiva medlemmar i TCO-förbunden ökar. Det har inte skett utan hårt arbete. Och det måste fortsätta, uthålligt!

I samband med den här kongressen lämnar många i er styrelse sina poster. Hela presidiet, Anna-Karin Eklund, Ingrid Frisk och Lisbet Löpare Johansson, tillsammans med andra. Jag vill rikta ett varmt tack till er alla. Ingrid, men även Lisbet har jag fått lära känna i TCO-arbetet, tusen tack för era fina insatser för vårt gemensamma arbete.

Jag hoppas att ingen tycker illa vara om att jag särskilt vill vända mig till Anna-Karin, som nu överlämnar ordförandeposten. Du har drivit professionsfrågorna och utvecklingsarbetet i förbundet engagerat och konsekvent. Lett konflikt mot fullständigt oförstående arbetsgivare, och visat ett fantastiskt engagemang för de gemensamma frågorna, som vice ordförande i TCO – och för de internationella frågorna.

Du är en starkt värderingsdriven facklig ledare, men också en omtänksam och varm kamrat och vän! Tack för allt du gjort och för det du betyder, för mig själv och så många andra, inte bara som framgångsrik ledare och kollega, utan som vän. Varmt tack Anna-Karin!

Det är skönt för en avgående TCO-ordförande att känna framåtandan i våra förbund, inte minst hos er i Vårdförbundet. Ert utvecklingsarbete inspirerar, och ert oförtröttliga slit för rimliga, könsneutrala löner utmanar alla att driva samma sak.

Jag önskar all framgång till den nya ledning som ni ska välja och ert fortsatta arbete i förbundet. Vi ses i andra sammanhang, tack för att ni lyssnat, tack för mig!

2. Prövning av att kongressen kallats i behörig ordning

Enligt Vårdförbundets stadgar ska kallelse till ordinarie kongress utgå senast tre månader innan kongressens början. Kallelse till denna kongress skickades till ordinarie kongressombud den 31 januari 2011.

Förslag till beslut

Att kongressen har kallats i behörig ordning.

Beslut

Kongressen beslutade att den kallats i behörig ordning.

3. Upprop av kongressombud

Kongressombuden har blivit avprickade vid inregistreringen. Deltagarförteckning finns upprättad över de kongressombud som är närvarande. Deltagarförteckningen återfinns som bilaga 1 a.

Förslag till beslut

Att kongressen godkänner genomförd avprickning som upprop.

Beslut

Kongressen beslutade att avprickningen gäller som upprop.

4. Val av mötesledning

Förslag till mötesledning

Sara Haraldsson, Annika Kindenäs och Anki Hallberg som mötes- och processledare samt Stefan Lundberg som sekreterare för mötet.

Beslut

Kongressen beslutade att till mötes- och processledare välja Sara Haraldsson, Annika Kindenäs och Anki Hallberg samt till mötessekreterare Stefan Lundberg.

Ordet överlämnades till mötesledningen.

5. Val av justerare och rösträknare

Förslag till beslut

Att utse två justerare.

Att utse åtta rösträknare.

Beslut

Kongressen beslutade att till protokolljusterare välja:

Brith Holm, Västra Götaland
Susanne Björkman, Stockholm

Kongressen beslutade att till rösträknare välja:

Tom Benkow, Stockholm
Ingrid Frisk, Förbundsstyrelsen
Gabiella Thies, Västmanland
Maria Ljung, Östergötland
Mats Ringlund, Uppsala
Elisabeth Zadik, Värmland
Ulla Svenson, Halland
Susi Nilsson, Skåne

6. Fastställande av föredragningslista

Förslag till föredragningslista

1. Kongressen öppnas
2. Prövning att kongressen kallats i behörig ordning
3. Upprop av ombud
4. Mötesledning
5. Val av justerare och rösträknare
6. Föredragningslista
7. Arbetsordning
 1. Idé/förslag/motion
 2. Förslag till arbetsordning
8. Verksamhetsberättelser och bokslut
9. Revisorernas berättelse
10. Beslut om ansvarsfrihet
11. Val
 1. Förbundsstyrelse
 - a. Beslut om antal ledamöter
 - b. Val av förbundsordförande
 - c. Val av vice ordförande
 - d. Val av ledamöter
 2. Revisorer
 - a. Val av 2 ordinarie revisorer
 - b. Val av 2 revisorssuppleanter
 3. Valberedning
 - a. Beslut om antal ledamöter
 - b. Val av ledamöter
12. Medlemsberättelser
13. Omvärld och vårdvärld
14. Vårdförbundet
 1. Rapport av uppdraget Tema Vårdförbundet från kongressen 2008
 2. Behandling av Tema Vårdförbundet inkl idé/förslag/motion från 2008 och 2011.
 1. Medlemskap
 2. Organisation
 3. Kvalitetskriterier
 4. Stadgar
 5. Kommunikation
15. Vård
 1. Idé/förslag/motion
 2. Det här vill Vårdförbundet
 3. Strategi inför 2014
16. Utbildning och professionell utveckling

1. Idé/förslag/motion
 2. Det här vill Vårdförbundet
 3. Strategi inför 2014
17. Vårdens ledarskap
1. Idé/förslag/motion
 2. Det här vill Vårdförbundet
 3. Strategi inför 2014
18. Värderingsförändring och lönebildning
1. Idé/förslag/motion
 2. Det här vill Vårdförbundet
 3. Strategi inför 2014
19. Hälsosam vårdmiljö
1. Idé/förslag/motion
 2. Det här vill Vårdförbundet
 3. Strategi inför 2014
20. Beslut om strategi och inriktning inför 2014
21. Ekonomi
1. Idé/förslag/motion
 2. Beslut om medlemsavgifter
 3. Beslut om ekonomi för 2012-2014
22. Övriga frågor
1. Utdelning av SalusAnsvars vårdpris
 2. Övrigt
23. Kongressen avslutas

Beslut

Kongressen beslutade att fastställa föredragningslistan.

7.1 Arbetsordning - Idé/förslag/motion

Namn på samtliga nominerade

Motionär: Ulla Althin, avdelningsordförande Stockholm

Vid avdelning Stockholms förmöte för kongressombud framkom följande önskemål: Val av styrelseledamöter är viktigt och det är viktigt ur demokratisk synvinkel att varje ombud har tillgång till namnen på alla nominerade (undantaget dem som återtagit nomineringen) vid valtillfället. Detta för att säkerställa att den som vill rösta på en övrigt nominerad har tillgång till det korrekta namnet på denna person. Det är inte tillräckligt att enbart ha omedelbar tillgång till valberedningens förslag, varje ombud måste vid röstningstillfället ha en förteckning över samtliga nominerade.

Fakta/Bakgrund

På kongresswebben publiceras namn på alla de som kandiderat till uppdrag till vilka det ska ske val på kongressen. Valberedningens förslag till val presenteras inför och på kongressen. På kongressen finns det möjlighet för ombud som har annat förslag att lämna det – förutsatt att förslaget är någon som är nominerad och inte återtagit sin kandidatur. Det är enbart de namnförslag som finns vid kongressens möte som kan bli föremål för röstning vid val. Om det finns någon som är nominerad men som inte aktivt är föreslagen på mötet så finns kandidaten inte med bland de förslag som ombuden kan rösta på.

De som är valbara på kongressen är således också namngivna då val ska förrättas på kongressen.

Kongresshandlingarna innehåller de uppgifter som efterfrågas

- Valberedningens förslag.
- Redovisning av namn på övriga nominerade.

Förbundsstyrelsen föreslår

Att anse motionen besvarad.

Yrkande

Lena-Mi Nelson, Skåne. Demokratien i Vårdförbundet är oerhört viktig. I våra stadgar står det att varje medlem ska kunna nomineras till varje uppdrag i förbundet. Stadgan säger också att kongressen väljer förbundsordförande, vice ordförande och förbundsstyrelse. Valberedningen har enligt sin stadga till uppdrag att ta fram förslag till förbundsstyrelse. Om inte de kandidater som av en eller annan orsak inte kommit med i valberedningens förslag inte är valbara utan att aktivt föreslås blir det i praktiken inte kongressen som väljer bland de nominerade utan valberedningen som väljer förbundsstyrelse, ordförande och vice ordförande. Detta hotar enligt mig demokratin. Jag yrkar därför bifall till Ulla Althins förslag.

Beslut

Kongressen beslutade att avslå Skånes yrkande.

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

Förlängd motionstid

Motionär: Ulla Althin, avdelningsordförande Stockholm

Utredningen Tema Vårdförbundet har i nuläget inte lämnat något underlag så att det är möjligt för kongressombuden att ta ställning till om de motioner, idéer och förslag som lämnades till förra kongressen har beaktats och fått de konsekvenser jag som kongressombud önskar. Vi föreslår därför att tiden för att lämna in motioner, idéer och förslag förlängs för de delar som behandlas inom Tema Vårdförbundet så att ombuden har möjlighet att ta ställning till om ny motion/nytt förslag ska inlämnas.

Fakta/Bakgrund

De motioner, idéer och förslag som kongressen 2008 beslutade skulle ingå i Tema Vårdförbundet kommer att finnas med även i kongresshandlingarna till 2011 års kongress. Förbundsstyrelsen lämnar yttrande och det kommer att vara möjligt för kongressombuden att ge synpunkter och lämna andra förslag. Kongresshandlingar skickas till ombud och avdelningar fyra veckor före kongressen (reglerat i stadgarna). Med den arbetsordning som kommer att föreslås kongressen kommer besluten om idé/förslag/motion att ske 27-28 september. Det finns inget stadgereglerat datum då idé/förslag/motion ska lämnas in inför kongressen. Förbundsstyrelsen har beslutat att det för i år är 15 februari. Avsikten är att det ska hinna ske en sammanställning och beredning så att de ska kunna skickas ut till kongressombuden i stadgenlig tid. På webben är tanken att nu kunna utveckla funktionen som gör det möjligt att lämna idé/förslag/motion fortlöpande och att det inte ska behöva invänta kommande kongress om det är förslag som kan genomföras utan att det krävs kongressbeslut.

Förbundsstyrelsens yttrande

Det finns ingen begränsning för kongressombuden när det gäller att lämna synpunkter och förslag utifrån de motioner, förslag och idéer från 2008 som har ingått i Tema Vårdförbundet.

Förbundsstyrelsen föreslår

Att avslå förslaget.

Beslut

Kongressen beslutade att avslå förslaget.

7.2 Förslag till arbetsordning

Tidsplan

5 maj

- 08.30 Registrering
 Kaffe och smörgås
- 10.00 Kongressen öppnas
 Behandling av p 1 - 13, p 14.1 samt p 22.1
- 18.00 Kongressen ajourneras

Kongressen återupptar sina förhandlingar 27 och 28 september.
Ombuden samlas den 26 september.

Förslag till arbetsordning för den andra delen av kongressen skickas till ombuden i samband med kompletterande handlingar.

Handlingar uppdateras och kompletteras med aktuella underlag och förslag inför nästa del av kongressen.

Kompletterande handlingar inför kongressens andra del skickas till kongressombud och avdelningar fyra veckor före.

Kongressen beräknas avslutas den 28 september kl 17.00

Beslut

Beslut är omedelbart justerade och protokoll skrivs och justeras i anslutning till mötet.

Offentlighet

Kongressens förhandlingar är öppna.
För press – se särskild pressinformation.

Debattregler

Ordet begärs skriftligt hos presidiet eller genom uppräcktande av nummerskylt.

Alla anföranden hålls med mikrofon.

Förslag/yrkanden ska, för att kunna tas upp till behandling, vara skriftliga/inskrivna via dator och lämnas före eller i anslutning till den punkt som förslaget gäller.

Rösträtt har kongressens ombud och av kongressen vald förbundsstyrelse.
Yttrande- och förslagsrätt har kongressens ombud och av kongressen vald förbundsstyrelse.
Valberedning och revisorer har yttrande- och förslagsrätt på sina punkter.

Mötespresidiet och styrelsens föredragande har rätt att, oberoende av uppgjord talarlista, omedelbart erhålla ordet.

Talartid max 3 minuter. Tidsbegränsningen gäller inte styrelsens föredragande. Presidiet äger dessutom rätt att lägga förslag om debattens avslutande och ytterligare tidsbegränsning för talarna.

Tid för presentation av förslag, utöver valberedningens, begränsas till totalt 1 minut per föreslagen kandidat.

Reservationer ska lämnas skriftligt. Anmälan om reservation ska göras i omedelbar anslutning till beslut.

Omröstning

Omröstning sker öppet.

Val sker öppet eller slutet. Slutet val sker med tekniskt stöd – via dator eller som sms-tjänst. Giltig röst ska innehålla högst så många namn som valet gäller.

Ledighet

Kongressombud som av någon orsak önskar ledighet under kongressens förhandlingar ska skriftligen anmäla ledighet till mötespresidiet som beviljar ledigheten. All ledighet antecknas till protokollet.

Förslag till beslut

Att godkänna arbetsordningen.

Yrkande

Hedvig Axén, Östergötland. Styrelsen, avdelning Östergötland yrkar på följande förändring i punkt 7.2 Förslag till arbetsordning, under rubrik Omröstning. Att i mening tre stryks ordet

”högst” – meningen lyder då: Giltig röst ska innehålla så många namn som valet gäller. Alla kongressledamöter tar ansvar för helheten utifrån ett demokratiskt perspektiv.

Gisela Bertilsson, Karin Jisborg Hultgren, Cecilia Eriksson, Rosa Morales, Kronoberg. Förbundsstyrelsens förslag på arbetsordning vid presentation av förslag utöver valberedningens förslag, begränsas till totalt 1 minut per kandidat. Vi anser inte att det är rimligt att göra en sådan begränsning av antal anföranden ur ett demokratiskt perspektiv. Fler personer måste ges möjlighet att uttrycka ställningstaganden till annan kandidat än den föreslagna. Vi yrkar därför istället på följande: talartiden per kandidat utöver valberedningens förslag är 1 minut men ingen begränsning på antal anföranden per kandidat.

Beslut

Kongressen beslutade att avslå Östergötlands yrkande.

Kongressen beslutade att avslå Kronobergs yrkande.

Kongressen beslutade att godkänna arbetsordningen.

8. Verksamhetsberättelser för 2008, 2009, 2010

Samtliga verksamhetsberättelser, såväl nationella som lokala finns på kongresswebben.

Förslag till beslut

Att lägga verksamhetsberättelserna till handlingarna.

Dialog

Ombuden diskuterade vid borden utifrån frågeställningen *Vad tycker du är de viktigaste framgångarna respektive svårigheterna sedan 2008?* Se Bilaga 2 a.

Beslut

Kongressen beslutade att lägga verksamhetsberättelserna till handlingarna.

9. Revisorernas berättelse

Revisorerna Christin Bäckström Siwe och Britta Edström informerade om hur revisionsarbetet bedrivits.

Förslag till beslut

Att lägga revisionsberättelserna för 2008, 2009 och 2010 till handlingarna.

Att fastställa resultat- och balansräkningarna för åren 2008, 2009 och 2010.

Att godkänna att överskott disponeras enligt förslag i respektive verksamhetsberättelse.

Beslut

Kongressen beslutade

Att lägga revisionsberättelserna för 2008, 2009 och 2010 till handlingarna.

Att fastställa resultat- och balansräkningarna för åren 2008, 2009 och 2010.

Att godkänna att överskott disponeras enligt förslag i respektive verksamhetsberättelse.

10. Ansvarsfrihet för styrelsen

Samtliga årsmöten och representantskap tillstyrker att kongressen beviljar avdelningsstyrelserna ansvarsfrihet för åren 2008, 2009 och 2010.

Förslag till beslut

Att förbundsstyrelsen och avdelningsstyrelsernas ledamöter beviljas ansvarsfrihet för åren 2008, 2009 och 2010.

Yrkande

Ulla Althin, Liv Andersson, Karin Apell, Ann-Sofi Björkman, Susanne Björkman, Tom Benkow, Camilla Blomquist, Lena Elfström, Martina Engman, Maja Fuchs, Gunilla George, Annika Gunnestad, Eva Håkansson, Anette Johansson, Monica Johansson, Anette Karlsson, Marianne Kock, Ewa Köhler, Elisabeth Lindgren, Chokri Mensi, Terese Nordberg, Eva Nowak, Marika Olsson, Therese Salomonsson, Camilla Stiernborg, Ingalill Sundström, Laila Thorson, Lena Thorsson, Anneli Zetterström, Stockholm. Om protokollsanteckning. Vi 29 kongressombud från Stockholm anser att det är både otillfredsställande och tråkigt att så många av de motioner, idéer och förslag som ställdes till kongress 2008 och som sorterades under rubriken Tema Vårdförbundet fortfarande inte är besvarade. För flera av dem är förbundsstyrelsens förslag till kongress 2011 att inte heller denna gång besluta i sakfrågan utan uppdra åt förbundsstyrelsen att beakta motionen/idén/förslaget i fortsatt planering. Det känns inte rimligt att det ska ta två kongressperioder (6år) innan motioner, förslag och idéer besvaras.

Beslut

Kongressen beslutade att avslå Stockholms yrkande.

Kongressen beslutade att förbundsstyrelsens och avdelningsstyrelsernas ledamöter beviljas ansvarsfrihet för åren 2008, 2009 och 2010.

11. Val

Valberedningen, informerade om valberedningens arbete samt förslaget till styrelse och revisorer.



steget före
KONGRESS 2011
Valberedningen

Valberedningens arbete med att ta fram ett förslag kan sammanfattas på följande sätt:

Kandidaternas egna presentationer
+
Valberedningens intervjuer med alla nominerade
+
Nomineringarna med motiveringar
+
Valberedningens besök på avdelningar, förbundsstyrelse, förbundsråd, nationella mötesplatser, vårdtåget m m
+
Stadgan och politiska mål

= **Valberedningens förslag**

Valberedningens motivering till förslaget:

- En styrelse som innebär både förnyelsepotential och kraftfull ledning.
- En styrelse som vågar mer och som har bred kompetens.
- En styrelse som slagkraftigt kommunicerar Vårdförbundets budskap till medlemmar, omvärld och media.
- En styrelse som leder det fortsatta arbetet mot Vision 2018 för hälsa och helhet.
- En styrelse som förverkligar Vårdförbundets framtid.

Yrkande

Lena Elfström, Terese Nordberg, Stockholm. Att samtliga nominerade till respektive position i styrelsen som ej dragit tillbaka sin kandidatur ska stå som valbara under kongressen.

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla Stockholms yrkande.

Yrkande

Tom Benkow, Stockholm. Rösta med lapp och penna!

Liselotte Hjelte-Löfgren, Västerbotten. Att vi röstar med papper och penna så att det inte blir några konstigheter eller fel vid valen till förbundsstyrelse.

Marita Tenggren, Västra Götaland. Jag yrkar på att arbetsordningen förändras.

Marita Tenggren, Västra Götaland. Jag önskar att ni som ställer er valbar till någon post i styrelsen och som skriftligt reserverat mot löneavtalet utvecklar hur ni tänker arbeta med detta avtal under de närmaste åren. Mot SKL. Med/mot medlemmarna.

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla yrkandena från Stockholm och Västerbotten-

Kongressen beslutade att bifalla Västra Götalands yrkande vad gäller arbetsordningen.

Kongressen beslutade att riva upp beslutet rörande arbetsordningen vad gäller ” Slutet val sker med tekniskt stöd – via dator eller som sms-tjänst.” och ändra det till ” Slutet val sker med röstsedlar”

Kongressen beslutade att avslå Västra Götalands yrkande vad gäller möjlighet att ställa frågor till ombuden.

11.1 a Antal ledamöter i förbundsstyrelsen

Förslag till beslut

Att förbundsstyrelsen består av 11 personer; en ordförande, två vice ordförande samt åtta ledamöter.

Beslut

Kongressen beslutade att förbundsstyrelsen består av 11 personer; en ordförande, två vice ordförande samt åtta ledamöter.

11.1 b Valberedningens förslag till förbundsordförande:

Sineva Ribeiro, Västra Götaland

Övriga förslag:

Pia Arndorff, Skåne

Beslut

Kongressen beslutade att till förbundsordförande välja:

Sineva Ribeiro, Västra Götaland med 154 röster.

Röstningen i övrigt utföll på följande sätt:

Pia Arndorff, Skåne 44 röster.

11.1 c Valberedningens förslag till vice ordförande:

Anna Andersson, Stockholm

Pia Arndorff, Skåne

Övriga förslag:

Katarina Johansson, Norrbotten

Kristina Nyström, Östergötland

Annika Wåhlin, Blekinge

Beslut

Kongressen beslutade att till vice ordförande välja:

Anna Andersson, Stockholm med 111 röster

Pia Arndorff, Skåne med 126 röster

Röstningen i övrigt utföll på följande sätt:

Katarina Johansson, Norrbotten 34 röster

Kristina Nyström, Östergötland 61 röster

Annika Wåhlin, Blekinge 59 röster

11.1 d Valberedningens förslag till ledamöter:

Linda Eklund, Gotland
Marianne Hiller, Örebro
Ann Johansson, Stockholm
Katarina Johansson, Norrbotten
Johan Larson, Västerbotten
Ulrika Nilsson, Gävleborg
Jani´ Stjernström, Västmanland
Annika Wåhlin, Blekinge

Övriga förslag:

May Andersson, Örebro
Stefan Bergman, Skåne
Stefan Bergman, Skåne
Lars Cronstaaf, Västra Götaland
Per Gustafsson, Unilabsklubben, Västra Götaland
Liselott Hjelte-Löfgren, Västerbotten
Anette Johansson, Stockholm
Ulla Jordán, Södermanland
Lena-Mi Nelson, Skåne
Erik Rask, Halland

Beslut

Kongressen beslutade att till ledamöter välja:

Linda Eklund, Gotland med 174 röster
Marianne Hiller, Örebro med 142 röster
Ann Johansson, Stockholm med 174 röster
Katarina Johansson, Norrbotten med 170 röster
Johan Larson, Västerbotten med 157 röster
Ulrika Nilsson, Gävleborg med 134 röster
Jani´ Stjernström, Västmanland med 171 röster
Annika Wåhlin, Blekinge med 169 röster

Röstningen i övrigt utföll på följande sätt:

May Andersson, Örebro 15 röster
Stefan Bergman, Skåne 18 röster
Lars Cronstaaf, Västra Götaland 22 röster
Per Gustafsson, Unilabsklubben, Västra Götaland 10 röster
Liselott Hjelte-Löfgren, Västerbotten 22 röster
Anette Johansson, Stockholm 31 röster
Ulla Jordán, Södermanland 49 röster
Lena-Mi Nelson, Skåne 6 röster
Erik Rask, Halland 42 röster

11.2 a Valberedningens förslag till revisorer:

Helene Esping, Östergötland
Katarina Kullenberg Åke, Västra Götaland

Övriga förslag till revisorer:

Christin Bäckström Siwe

Beslut

Kongressen beslutade att till revisorer välja:

Helene Esping, Östergötland
Katarina Kullenberg Åke, Västra Götaland

Yrkande

Erica Ohlsson, Norrbotten. Jag yrkar på att alla kongressombud ska vara i salen då vi röstar på revisorer.

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla förslaget. Det vill säga att beslutet gällande revisorer rivs upp.

Kongressen beslutade, då alla ombud återsamlats, att till revisorer välja:

Helene Esping, Östergötland
Katarina Kullenberg Åke, Västra Götaland

Förslag till revisorssuppleanter

Inga-Lill Olsson Västra Götaland
Brith Holm, Västra Götaland

Beslut

Kongressen beslutade att till revisorssuppleanter välja

Inga-Lill Olsson Västra Götaland
Brith Holm, Västra Götaland

11. 3 a Antal ledamöter i valberedningen

Förslag till beslut

Att valberedningen förslås bestå av 10 personer.

Beslut

Kongressen beslutade att valberedningen består av 10 personer.

11.3 b Nominerade till valberedning 2011-2014

Carola Andersson, Östergötland
Linda Ekelund, Västra Götaland
Ann-Katrin Fredlund-Stålnacke, Norrbotten
Charlotta Hellström, Västerbotten
Mimmi Höglom, Västmanland
Gunilla Johansson, Kronoberg
Eva Paxlind, Västra Götaland
Mats Runsten, Skåne
Jane Stegring, Stockholm
Pernilla Stenborg Nielsen, Västra Götaland
Ingalill Sundström, Stockholm
Björn Tellström, Gotland
Eva Wallander, Kalmar
Maj Wineström, Uppsala

Beslut

Kongressen beslutade att till valberedning välja:

Carola Andersson, Östergötland med 131 röster
Linda Ekelund, Västra Götaland med 116 röster
Ann-Katrin Fredlund-Stålnacke, Norrbotten med 144 röster
Charlotta Hellström, Västerbotten med 140 röster
Mimmi Höglom, Västmanland med 119 röster
Gunilla Johansson, Kronoberg med 121 röster
Eva Paxlind, Västra Götaland med 140 röster
Mats Runsten, Skåne med 140 röster
Björn Tellström, Gotland med 136 röster
Eva Wallander, Kalmar med 138 röster

Röstningen i övrigt utföll på följande sätt:

Jane Stegring, Stockholm 112 röster
Pernilla Stenborg Nielsen, Västra Götaland 54 röster
Ingalill Sundström, Stockholm 86 röster
Maj Wineström, Uppsala 97 röster

12.1 Medlemsberättelser

Bakgrund

Vårdförbundet har över tid genomfört ett antal medlemsundersökningar, så även i år. Förutom att vi tar del av undersökningar från andra aktörer har en enkät skickats ut till 8 000 medlemmar via e-post och postalt. Utgångspunkten för enkäten har varit att få en gemensam och enhetlig bild av hur medlemmarna har det på jobbet och i vardagen, vilka samhällsfrågor som engagerar samt hur de ser på vårdens utveckling och egen delaktighet i den samma. Resultaten kommer att jämföras med information från Vårdförbundets tidigare medlemsundersökningar. Den slutliga rapporten kommer också att kompletteras med uppgifter från andra områden som inte togs upp i medlemsenkäten. Det handlar både om information Vårdförbundet tagit fram men också information från externa källor.

Inledning

Detta är en inledande presentation till medlemsundersökningen 2011. I tid till kongressen kommer kongressledamöterna att få ta del av resultaten från undersökningen i sin helhet. Dels i form av medlemsberättelser dels en fördjupningsrapport där tonvikten kommer att ligga på det statistiska underlaget med fördjupning inom ett antal områden.

Medlemsberättelser

Medlemsberättelserna ska bidra till att ge en gemensam bild av medlemmarna, vilka de är och hur de har det på arbetet.

Sex personas, typmedlemmar, kommer att tas fram utifrån de fyra professionerna i Vårdförbundet. En för biomedicinska analytiker, en för barnmorskor, en för röntgensjuksköterskor och två för sjuksköterskor. Sjuksköterskorna delas in i två delar för att verksamheterna och vårdmiljön ser så olika ut beroende på om de är verksamma inom öppen- eller slutenvården. Den sjätte typmedlemmen är chef med personalansvar med utgångspunkt att den gemensamma nämnaren är chefs- och ledarskapet.

Nedan finns ett exempel på vilken typ av information som kommer att utgöra basen för varje persona. Eftersom det handlar om olika yrkesgrupper med såväl likheter som skillnader kommer beskrivningarna och grundkaraktäristika att skilja sig åt. Beskrivningarna kommer t.ex. att kompletteras med hur aspekter om synen på vårdens utveckling, vårdmiljön och samarbetet med andra yrkesgrupper på arbetsplatsen.

Genomsnittsmedlemmen

- Heter Eva, Maria eller Lena.
- Är född på 50 eller 60-talet.
- Bor i storstad, förort eller en större stad.
- Är gift eller sambo.
- Har ofta barn som bor hemma.
- Är nöjd med sitt nuvarande arbete och lär sig kontinuerligt nya saker.
- Intresset att hjälpa andra, omväxlande arbete och att det är lätt att få arbete är viktiga anledningar till yrkesvalet.

- Anser ofta att personalens kunskap motsvarar verksamhetens behov.
- Tycker inte att lönen är rimlig utifrån det arbete de gör.

Fördjupningsrapport

Rapporten kommer att utgå från det övergripande målet och delmålen som sattes upp innan medlemsundersökningen arbetades fram.

Huvudmål: Öka kunskapen om medlemmarna.

Delmål 1: Synliggöra hur medlemmarna upplever och uppfattar sitt yrke och sitt yrkesliv.

Delmål 2: Få veta vad de har för behov av resurser och förutsättningar för sitt arbete/sin uppgift/sin utveckling.

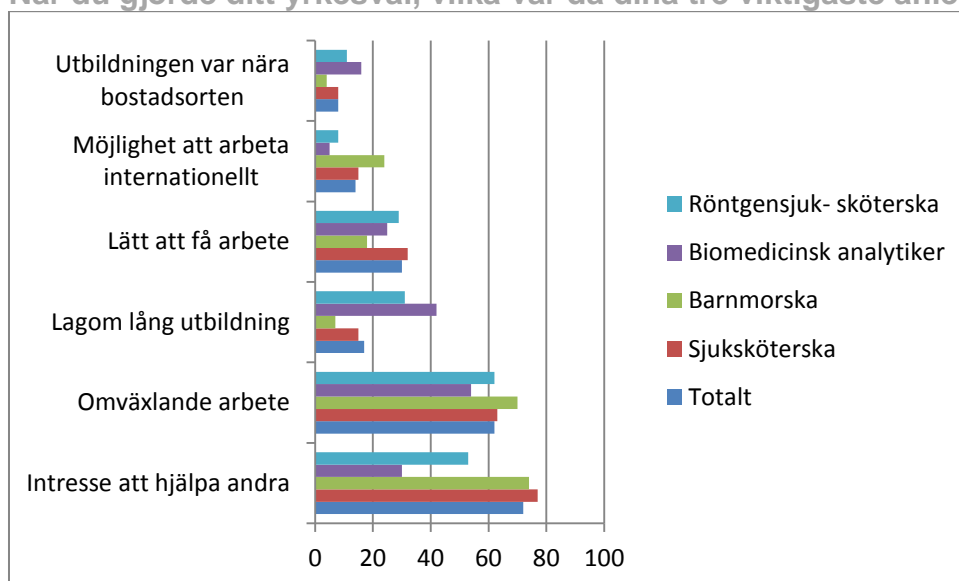
Delmål 3: Klargöra hur medlemmarna uppfattar världens uppdrag och mål/måluppfyllelse.

Delmål 4: Synliggöra vilka samhällsfrågor som engagerar medlemmarna.

Nedan presenteras några övergripande exempel på resultat för att ge några uppslag inför vidare analys.

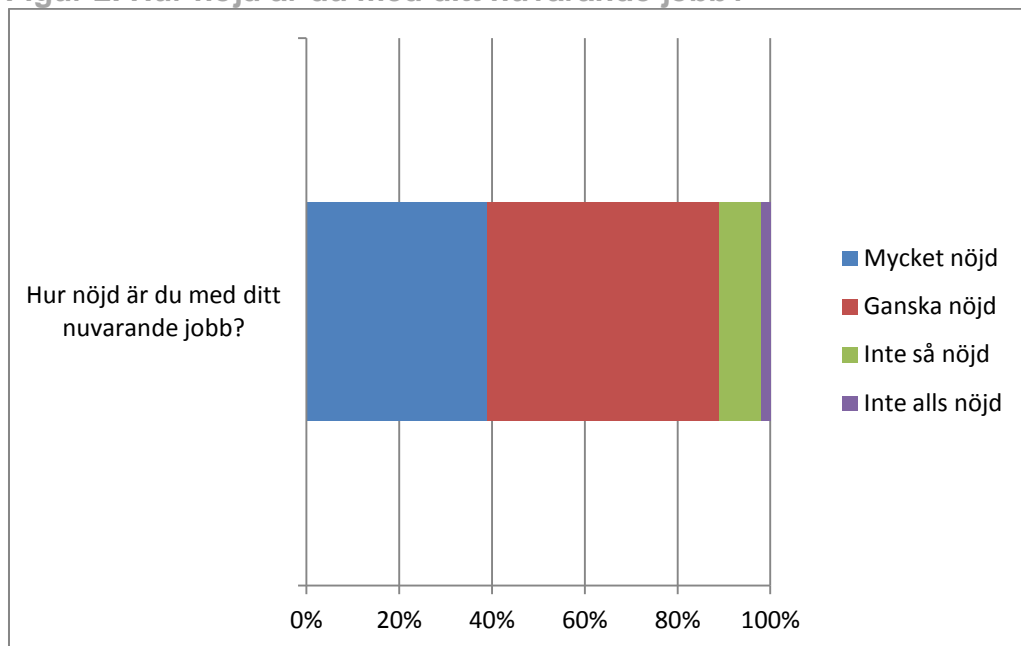
Figur 1.

När du gjorde ditt yrkesval, vilka var då dina tre viktigaste anledningar?



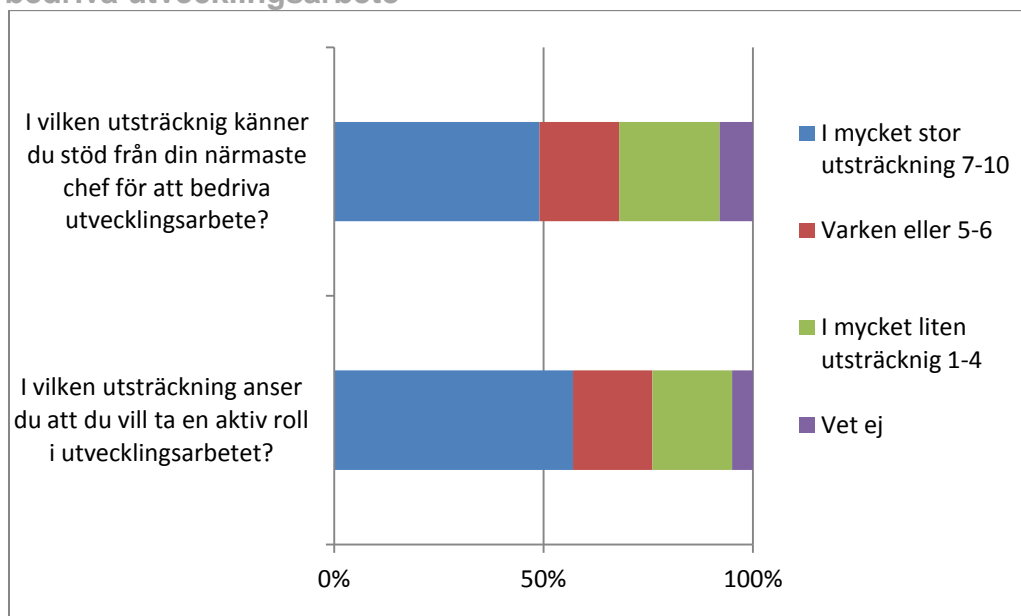
I denna figur visas de vanligaste angivna anledningarna till att medlemmarna gjorde sina yrkesval. De två vanligaste anledningarna till att medlemmarna gjort sitt yrkesval är intresse att hjälpa andra och att det är ett omväxlande arbete. Att en viktig anledning till yrkesvalet är att det är ett omväxlande arbete är gemensamt för alla fyra yrkesgrupper. Däremot uppger biomedicinska analytiker oftare än de andra yrkesgrupperna att det är lätt att få arbete som var en viktig anledning till deras yrkesval. En jämförelse med resultat från 1992 visar motsvarande resultat. Däremot var det ytterst få både nu och då som angett karriärmöjlighet, flexibla arbetstider eller möjligheter till deltidsarbete som skäl till yrkesvalet. Möjligheten att arbeta internationellt lockar i högre grad yngre än äldre.

Figur 2. Hur nöjd är du med ditt nuvarande jobb?



9 av 10 medlemmar uppger att de är nöjda med sina jobb. I en medlemsenkät från 1992 uppgav nästan alla medlemmar att de trivdes ganska bra eller utmärkt på sina jobb. Så det tycks vara en ihållande trend att medlemmarna faktiskt är nöjda med sina jobb, trots att det finns saker som kan bli bättre. En annan aspekt av utveckling är om man lär sig nya saker på sitt jobb och omkring 85 procent uppger att de hela tiden lär sig nya saker i jobbet.

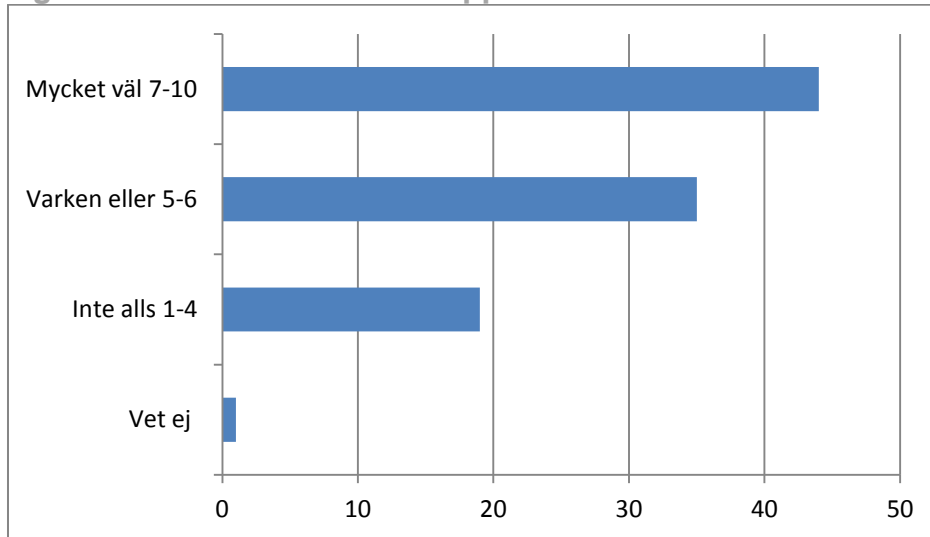
Figur 3. Stöd från närmaste chef för att bedriva utvecklingsarbete och viljan att bedriva utvecklingsarbete



Knappt hälften av medlemmarna uppger att de i stor utsträckning känner stöd från sin närmaste chef att bedriva utvecklingsarbete. Detta medan strax över hälften av medlemmarna uppger att de vill ta en aktiv roll i att bedriva utvecklingsarbete. Därtill anser drygt hälften av medlemmarna att de har kunskapen och att det ligger i deras roll att bedriva utvecklingsarbete.

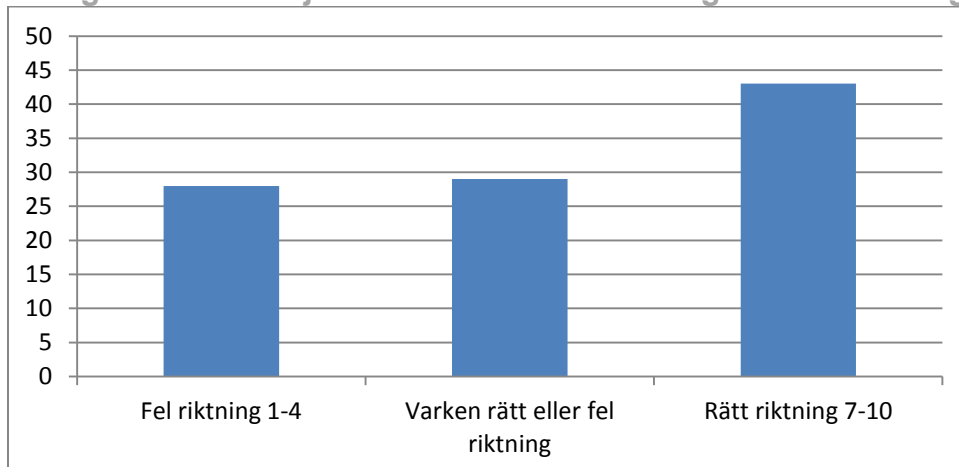
En förutsättning för Vårdförbundets medlemmar att bedriva utvecklingsarbete är att de känner stöd från sin närmaste chef, något långt ifrån alla gör idag. Till fördjupningsrapporten kommer dessa data analyseras vidare för att se hur stor andel av de medlemmar som vill vara med och bedriva utvecklingsarbetet faktiskt har en chef som stöder dem i detta.

Figur 4. Hur väl lever vården upp till din bild av hur den borde fungera?



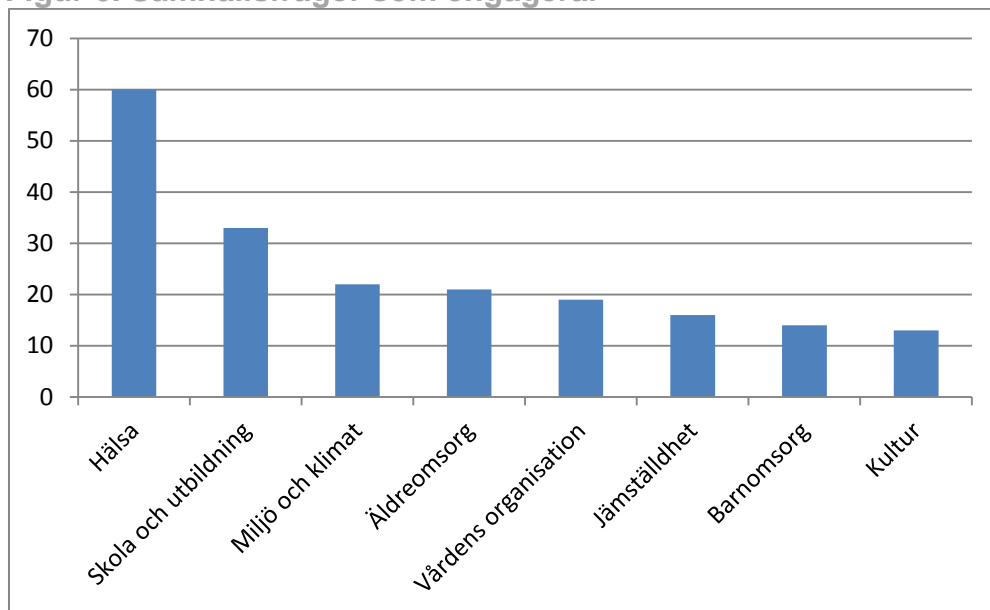
Strax under hälften av alla medlemmar tycker att vården idag lever upp till deras bild av hur den borde fungera.

Figur 5. Tycker du att förändringar som skett på din arbetsplats de senaste åren gör att vårdmiljön utvecklats i rätt riktning eller fel riktning?



Cirka fyra av 10 medlemmar tycker att förändringar som skett på sin arbetsplats de senaste åren har lett till att vårdmiljön utvecklats i rätt riktning.

Figur 6. Samhällsfrågor som engagerar



Medlemmarna har fått svara på vilka samhällsfrågor som engagerar dem. Listan toppas av hälsofrågor, skola och utbildning, miljö och klimat, äldreomsorg, vårdens organisation och jämställdhetsfrågor. Kvinnor tycker i högre grad än män att hälsofrågor, skola och utbildning och äldreomsorgsfrågor engagerar.

Medlemmar i Vårdförbundet – 6 personligheter



Lena, Sjuksköterska öppenvård

”Jobbet är utvecklande men stressigt.”

Den viktigaste orsaken till att jag valde att bli sjuksköterska är att jag är intresserad av att hjälpa andra. Jag har varit sjuksköterska i ungefär 25 år och arbetar nu inom äldreården. På min nuvarande arbetsplats har jag varit fast anställd i tio år.

Samarbetet är bra på min enhet och vi kan nästan alltid lösa de problem som uppstår. Jag tycker också att mina arbetskamrater stöttar mig och tar det ansvar man kan förvänta sig. Vi jobbar bra ihop, helt enkelt. Samarbetet med andra enheter går kanske inte lika smidigt. Med de yrkesgrupper man har kontakt med regelbundet fungerar det okej, med andra kan det vara svårare. Men det är kanske naturligt.

Jag arbetar heltid och trivs med det. Ja, på det stora hela är jag nöjd med min arbetssituation, förutom lönen. Det är med glädje jag går till jobbet. Jag känner att min kunskap och erfarenhet tas tillvara, att jag utvecklas varje dag och att jag har tillräckliga befogenheter för att sköta mina uppgifter. För det mesta har vi också de resurser och den bemanning som behövs på avdelningen, även om arbetet förstås är stressigt och tungt ibland. Jag önskar till exempel att vi hade mer tid till kvalitetssäkring och uppföljning.

Ibland kan jag vara lite orolig över hur vården utvecklas. Jag tycker till exempel att alla kringuppgifter bara tar mer och mer tid från patienterna. Vi sjuksköterskor måste få mer tid till patientmötet. Omvårdnad är ju vår kärnuppgift. På min egen arbetsplats gör vi förstås vad vi kan för erbjuda en så god vårdmiljö som möjligt. Jag skulle nog säga att vi lyckas bra, trots allt, även om man förstås får trola med knäna ibland för patienternas skull.

Självklart har man som sjuksköterska ett eget ansvar för att vården utvecklas. Det tror jag de flesta hos oss håller med om. Jag tycker också att det finns ett ganska bra stöd från ledningen i den frågan. Kanske tack vare att våra förtroendevalda har varit duktiga på att synas och höras och vågat ta strid. De har bland annat pratat mycket om Vårdförbundets vision och det gör att man blir inspirerad till att förändra saker och ting. På min arbetsplats har vi turen att närmsta chefen lyssnar på oss. Hon jobbade som sjuksköterska här tidigare så hon förstår vår situation. Hon är mer som en av oss än som de högre cheferna.

Ska jag berätta något om mig själv också? Jag bor i Växjö, är 53 år och gift. Vi har två barn, en son som bor hemma och en dotter som är utflugen. Frågor som engagerar mig är hälsa och utbildning. Jag har ett bra liv. Stabil ekonomi, familj och ett jobb jag trivs med.



Maria, Sjuksköterska slutenvård

”Bristande resurser är vår vardag.”

Jag arbetar i vården för att jag vill göra karriär och ha hög lön. Nej, jag bara skojar. Då skulle jag välja ett annat yrke, eller hur? Huvudorsaken är att jag vill arbeta med människor och hjälpa andra. Kort om mig själv: jag är sambo, har inga barn, bor i Stockholm. Hur gammal jag är går väl att räkna ut om jag säger att det var drygt 10 år sedan jag tog min examen.

Jag jobbar på en internmedicinsk avdelning, men har också arbetat några år inom allmänkirurgin. Är inte direkt supernöjd med min nuvarande jobbsituation. Vi får se hur länge jag blir kvar. Funderar faktiskt på att byta jobb eller i alla fall leta efter en annan arbetsgivare. Jag känner att jag skulle kunna utvecklas mer i mitt yrke än vad jag gör i dag, kanske genom vidareutbildning. Men jag har inte direkt funderat på att ta tjänstledigt. För mig skulle det passa bättre om arbetsplatsen kunde erbjuda fortbildning och möjlighet att fördjupa och utveckla min kompetens.

Det grundläggande problemet på min arbetsplats är att vi alltid är underbemannade i förhållande till patienternas vårdtyngd och de uppgifter vi ska hinna med. Det är också mycket ny personal som ska läras upp, och så blir det bara mer och mer administration. Om vi hade effektivare system för administrationen skulle vi kunna frigöra mer tid, men som det är nu räcker vi helt enkelt inte till. Behoven är jättelika och ändå handlar debatten bara om hur vi ska spara och effektivisera ännu mer. Men vi är ju redan så slimmade vi kan bli! Det drabbar framför allt patienterna, förstås, men det påverkar också oss anställda. Det är destruktivt att aldrig få känna att det man gör är tillräckligt. Ibland när man kommer hem är man så trött att man bara vill sova. Det klart att fritiden blir lidande.

Jag har tagit upp det här med min närmsta chef massor av gånger, men jag tycker ofta att han är konflikträdd och dålig på att föra vidare våra synpunkter högre upp i ledningen. Jag känner inget större förtroende för honom. Ibland verkar det som att han är mest inriktad på att hålla sin budget. Jag tycker att han skulle stötta personalen istället och låta oss vara mer delaktiga i hur arbetet planeras. Säkert skulle vi kunna arbeta mer effektivt med de begränsade resurser vi har. Nu känner man sig ganska låst och styrd.

Men kanske är jag överdrivet kritisk. Även om systemet inte funkar så sliter vi på och gör så gott vi kan och ofta blir det nog ganska bra för patienterna ändå. Samarbetet med kollegorna och med andra yrkesgrupper är bra och det underlättar förstås. Man kan säga så här: även om vi gör ett bra jobb på min enhet är jag orolig över vården sin helhet.

Tyvärr är facket ganska osynligt på min arbetsplats, så jag har inte så stort hopp om förändring. Jag brukar engagera mig i valet av förtroendevärd på arbetsplatsen, men jag vet ju alla inte gör det. Kan inte säga varför det är så, kanske vet de inte riktigt vad Vårdförbundet kan hjälpa till med. Det är i alla fall synd. Vi som arbetar i vården har ett eget ansvar för att den utvecklas som vi vill. Fast då måste fler engagera sig och vara villiga att stå upp för sina åsikter. Och så har vi förstås lönefrågan. Vad ska man säga? Alla vet att vi tjänar för dåligt. Ändå händer det inget. Jag har funderat på om jag kanske borde försöka arbeta aktivt i facket men jag vet inte om jag orkar. Eller om det ens är meningsfullt.



Karin, Röntgensjuksköterska

”Jag tycker att vi lägger för mycket tid på administrativa uppgifter.”

Jag fyllde 55 förra året och bor med maken i Umeå. Barnen flyttade ut för flera år sedan och det har förstås påverkat vår ekonomi positivt. Jag tycker att vi har mer pengar att lägga på roliga saker nu än tidigare, ja, vi kan till och med spara en slant varje månad.

De viktigaste samhällsfrågorna för mig är hälsa och äldreomsorg. När jag valde yrke var det viktigt för mig att veta det skulle finnas jobb och att arbetet är omväxlande. Men det spelade också in att utbildningen var lagom lång.

Nu arbetar jag med bilddiagnostik inom landstinget. Heltid. Jag skulle kunna tänka mig att gå ner lite i tid, även om jag trivs på jobbet. Särskilt när jag tänker på att jag ska jobba i tio år till. Ärligt talat börjar jag se fram emot pensionen. Den fysiska arbetsmiljön är påfrestande, även om andra grupper kanske har det ännu sämre. Det börjar kännas i kroppen att man gått och stått på hårda golv varje dag under så många år.

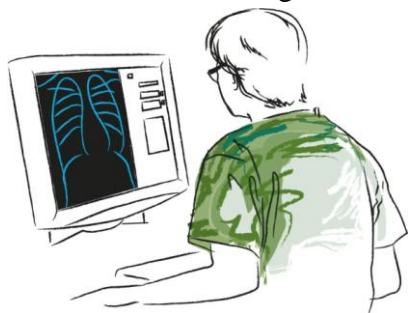
Jag har varit röntgensjuksköterska i över 20 år och jobbat på min nuvarande arbetsplats sedan 2000. Vi har vanligtvis tillräckliga resurser, men jag tycker att vi lägger för mycket tid på administrativa uppgifter som andra yrkesgrupper kunde göra istället. Vi borde få arbeta mer med det vi är utbildade till. Nu är det så mycket annat som tar tid. Jag har mycket att ge till de yngre, men det är som att man inte får den möjligheten riktigt. Vården borde bli bättre på att ta vara på den erfarenhet som vi äldre har samlat på oss. Det måste dessutom synas i lönekuvertet att vi har jobbat många år.

Som det är nu läggs det mycket pengar på dyr teknisk utrustning, men inte lika mycket på att utbilda personalen som ska sköta den. Jag har varit med om att utrustning gått sönder därför att personalen inte haft rätt kompetens eller erfarenhet.

Samtidigt gillar jag som sagt mitt jobb. Det är fortfarande roligt och utvecklande. Oftast har jag tillräckliga befogenheter och förutsättningar för att utföra och planera mina arbetsuppgifter på ett bra sätt. Dessutom har jag en duktig chef, en som lyssnar och faktiskt gör något när man pratat med henne. Det är kanske inte så vanligt.

Samarbetet med mina kollegor och med läkarna fungerar också bra. Fast ibland tycker jag att vi kunde vara lite mer öppna mot varandra, till exempel när det gäller att prata om misstag som begåtts eller om man är osäker på något.

Även om vården i Sverige fortfarande fungerar bra tycker jag att utvecklingen de senaste åren generellt sett har gått åt fel håll. Kanske kan man säga att vårdmiljön är bättre för patienterna än för personalen!? Mitt eget bidrag till att vården utvecklas handlar mest om att jag sköter mitt eget jobb så bra jag kan. Personligen tycker jag inte att Vårdförbundet är en stark kraft i utvecklingen av vården i Sverige. Ärligt talat vet jag inte riktigt vad de vill.



Eva, Biomedicinsk analytiker

”Patientsäkerheten är det viktigaste för mig.”

Vården i Sverige fungerar ganska bra, men frågan är hur det ser ut om några år. Just nu tycker jag att utvecklingen går åt fel håll. Resurserna minskar, verksamheterna slimmas och bemanningen är ofta otillräcklig. Det gör det svårt att hinna jobba systematiskt med kvalitetssäkring och uppföljning. Dessutom verkar kompetens inte uppskattas särskilt mycket av ledningen.

Själv arbetar jag på ett laboratorium. På den här arbetsplatsen har jag varit i ungefär 15 år. Jag trivs med kollegorna och läkarna och tycker att vi samarbetar bra och har befogenheter att lösa eventuella problem tillsammans.

Fast jag skulle önska att vi hade mer tid till utvecklingsarbete. Jag tror att vi skulle kunna hitta mer effektiva sätt att arbeta på om personalen hade större inflytande över hur arbetet planeras och organiseras. Min chef kunde också ge mer feedback, men vi sitter i alla fall ner en gång om året och planerar för min kompetensutveckling. Jag försöker även hänga med i utvecklingen genom att till exempel läsa vetenskapliga artiklar som berör mitt arbete.

Frågor om hur samarbetet med patienterna fungerar är inte relevanta för mig. Jag ser inte att sådant som vårdmiljö och omvårdnad riktigt har med min arbetsvardag att göra. Jag koncentrerar mig på att bidra till hög vårdkvalitet och patientsäkerhet genom att göra mitt jobb så bra som möjligt, det är det viktigaste.

Sedan ett halvår har jag gått ner lite i tid och det är jag nöjd med. Däremot är jag missnöjd med att vi biomedicinska analytiker tjänar så dåligt. Det är faktiskt ett kvalificerat jobb vi utför! Det måste löna sig att vidareutbilda sig annars kommer vi att förlora kompetens. Det är en viktig fråga för Vårdförbundet.

Fast ärligt talat tycker jag inte att facket märks så mycket på min arbetsplats. De kunde göra mycket mer för oss biomedicinska analytiker. Vi är lite osynliga, det tycker nog de flesta av mina kollegor. Vårdförbundets vision för vården? Har nog hört talas om den, men jag vet faktiskt inte riktigt vad den går ut på.

Varför jag valde mitt yrke? Oj, det var ju över 20 år sedan jag tog min examen, men det var mycket för att jag ville ha ett omväxlande arbete om jag minns rätt. Utbildningen var lagom lång och så är ju efterfrågan på biomedicinsk analytiker ganska stor.

När det gäller samhällsfrågor är jag mest engagerad i skola och utbildning. Jag är gift, har en dotter som bor hemma och är bosatt på den skånska landsbygden. Ekonomiskt klarar vi oss bra.



Anna, Barnmorska

”Jag utvecklas och lär mig nya saker varje dag.”

En samhällsfråga jag brinner för är ökad jämställdhet. Det hänger kanske ihop med min yrkesroll. En viktig orsak för mig att läsa vidare till barnmorska var annars att jag gärna skulle arbeta utomlands ett tag. Jag ville också ha ett jobb där jag känner att jag är till nytta för andra människor. Inte en dag har jag ångrat att jag blev barnmorska. Jag älskar mitt jobb och är stolt över mitt yrke.

Vad gäller min personliga livssituation är jag nog som de flesta andra. Jag är 48 år, sambo, har barn och hygglig ekonomi. Bor i Västerås. Just nu arbetar jag på förlossningen, det har jag gjort sedan början av 2000-talet. Men under mina 20 år i yrket har jag också arbetat på andra enheter inom reproduktiv hälsa. Jag trivs där jag är nu, men har i och för sig trivts även på mina andra arbetsplatser. Numera jobbar jag deltid och det känner jag är bra för mig. Man måste ju orka jobba några år till, eller hur?

En orsak till att jag gillar min nuvarande arbetsplats är att samarbetet fungerar så bra både med kollegorna och, inte minst, med patienterna. Jag gillar också att jag har befogenheter att lösa de situationer och utmaningar som alltid uppstår och att mina kollegor också tar ansvar när det behövs. Vi har också bra system för information till anhöriga och även för att hantera patienter med komplexa vårdbehov. Det är på sätt och vis ett fritt jobb eftersom jag kan styra och planera ganska mycket själv. Jag utvecklas och lär mig nya saker varje dag.

Vi har i stort sett den bemanning och de resurser vi behöver, men det klart, det kunde alltid vara bättre. Lönen? Den är för låg i relation till det jobb vi gör och det ansvar vi har. Många säger att Vårdförbundet är osynligt på deras arbetsplatser. Men man har ju ett eget ansvar att ta reda på saker också. Min uppmaning till alla medlemmar är att de ska engagera sig i valet av förtroendevalda. Lokal förankring behövs för att skapa förändring.

På min arbetsplats tycker jag att vi lever upp till visionen om en god vårdmiljö, trots att vi har en chef som faktiskt är ganska dålig på att lyssna. Däremot är jag inte säker på att vården fungerar så bra överallt.

Okej, på det stora hela är den nog okej, men det finns oroande tendenser. Mest tänker jag på att resurserna bara verkar minska och minska. Hur ska folk orka arbeta i kanske 40 år om de går på knäna varje dag? Och vad händer med kunskapsnivån om all erfaren personal i vården sliter ut sig i förtid?



Birgitta, Chef

”Det är inspirerande att vara med och utveckla vården.”

Först måste jag säga att jag tycker att det är alldeles för lite diskussion om hur vården ska organiseras och finansieras i framtiden. Det är faktiskt en av de viktigaste utmaningarna vårt samhälle står inför.

Jag har haft min nuvarande befattning som chef på den här vårdmottagningen i sju år. Tidigare jobbade jag i en annan position på samma arbetsplats i ungefär tio år. Och det var ungefär 25 år sedan jag tog min examen.

Jag trivs bra med att vara chef. Det var lite knepigt i början att plötsligt bli chef för tidigare kollegor, men nu har rollerna satt sig. Jag får den fortbildning som krävs för att jag ska klara av mina arbetsuppgifter. Ja, egentligen är det så att jag fördjupar och utvecklar min kompetens dagligen på jobbet. Det är spännande och inspirerande att vara med och utveckla vården på det sätt som jag kan med den här befattningen.

Jag önskar bara att man kunde göra ännu mer. Kanske måste vi bearbeta de högre cheferna tuffare. Min lön? Nja, den är lite bättre anpassad till de uppgifter och det ansvar jag har nu än vad den var innan jag blev chef, men den är fortfarande för låg. En fördel är ändå att jag enbart jobbar dagtid numera. Det gör att jag orkar med heltid.

Det underlättar också att jag har bra stöd från min närmaste chef. Hon är alltid noga med att redogöra för hur planerade förändringar kan komma att påverka den verksamhet jag är ansvarig för, samtidigt som hon litar på att jag har kompetens nog att avgöra själv vad som behöver göras. Hon är även bra på att se till att saker som vi bestämt faktiskt genomförs och på att ge positiv feedback. Vi har stort förtroende för varandra.

Jag tycker att jag kan påverka ganska mycket på min arbetsplats. I alla fall i det löpande arbetet. Däremot skulle jag vilja vara mer delaktig i övergripande ledningsfrågor, framför allt när det gäller budgetarbetet.

På min enhet har vi oftast tillräcklig bemanning och de resurser som behövs. Jag vet att alla inte håller med om det, men jag tror att det handlar mycket om hur vi organiserar arbetet och använder resurserna. Vi bedriver en god vård, det är min övertygelse. Sedan kan vi förstås alltid bli ännu bättre och effektivare. Men utvecklingen går åt rätt håll. Både på min arbetsplats och i vården i övrigt. Med lite perspektiv måste man tycka att vården i Sverige fungerar mycket bra.

Vad kan man säga mer? Även om jag trivs både med mitt jobb och mitt liv är tid en bristvara. Jag känner ofta att jag har svårt att hinna med både på arbetet och hemma. Man vill ju göra ett bra jobb och samtidigt finnas till för sin familj och sina vänner. Det går inte alltid ihop. Jag är gift, har två söner och bor i Gävle.



Beslut

Kongressen beslutade att bordlägga den fortsatta behandlingen av punkten till september då resultatet av medlemsundersökningen presenteras.

12.2 Vårdförbundets medlemsundersökning 2011

Sammanfattning

Våren 2011 genomförde Vårdförbundet en medlemsundersökning med syfte att öka kunskap om medlemmarnas arbetsförhållanden, fritid och hälsa. Resultat från undersökningen ska användas som ett underlag inför kongressen, då kongressombuden ska enas om strategi och inriktning för de kommande åren.

Totalt deltog 3785 medlemmar i undersökningen, varav de flesta är fast anställda, endast en liten grupp har en tidsbegränsad anställning. Ytterst få är egenföretagare. Omkring 60 respektive 40 procent arbetar hel- och deltid. Generellt sett är medlemmarna mer nöjda när de jobbar deltid än heltid. Vanligaste orsaken är att de vill förändra sin arbetstid genom att gå ner i tid. Majoriteten av medlemmar har arbetat många år inom sitt yrke samt har arbetat länge på samma arbetsplats (mer än 20 år). Nästan hälften av medlemmarna är barnfamiljer och var tredje medlem har vuxna barn som inte längre bor hemma. Drygt 1 av 10 medlemmar som delar hushåll med en partner är också den enda yrkesarbetande i hushållet. En övervägande del uppger att de har en god och stabil ekonomi men de kan känna en viss oro för framtiden.

Den största anledningen till att Vårdförbundets medlemmar valde sitt yrke var att få arbeta och hjälpa andra människor. Därtill tycker också medlemmarna att det är ett omväxlande arbete.

Tidbrist både på och utanför jobbet

Omkring 40 procent av medlemmarna upplever att de inte har tid över att göra det de vill i hemmet eller engagerar sig i föreningsaktiviteter på sin fritid. Även på arbetsplatsen är tidsbrist ett faktum för medlemmarna. Många upplever att de inte hinner utföra sina arbetsuppgifter som de önskar.

Brist på bemanning och missnöje med lön, men däremot motsvarar personalens kunskap verksamhetens behov

Medlemmarna anser att deras kunskap motsvarar verksamhetens behov men lönen är för låg i förhållande till de arbetsuppgifter de utför, mest missnöjda med lönen är biomedicinska analytikerna. Nästan en fjärdedel av medlemmarna instämmer att det är brist på resurser på sin arbetsplats, till exempel brist på utrustningar och bäddar. Medan en större andel på närmare 40 procent anger att det inte finns tillräcklig personal på sin arbetsplats. Ungefär hälften upplever att ergonomisk och fysisk arbetsmiljö är god. Barnmorskor är mest nöjda med att de har bra informationssystem till patienter och anhöriga samt system för att hantera patienter med komplexa vårdbehov. Dock delar cheferna inte samma uppfattning med sina medarbetare om den dåliga arbetssituationen utan har mer positiv inställning till hur arbetet bedrivs på arbetsplatsen.

Lågt inflytande men tillräcklig befogenhet

Generellt verkar medlemmarna ha ett relativt litet inflytande över hur arbetet bedrivs på arbetsplatsen, främst när det gäller verksamhetens planering och budgetarbetet. Omkring 6 av 10 chefer anser att de kan påverka budgetarbetet däremot när det gäller verksamhetens planering anser de att de har större inflytande. Unga medlemmar upplever att de har minst inflytande över olika saker så som semester, arbetstidsläggning med flera på sin arbetsplats.

Bra arbetsklimat

De flesta medlemmarna säger att de trivs med sina kollegor och har bra samarbete med de yrkesgrupper man har kontakt med. Samverkan med patienter är något som medlemmarna i stort sett upplever att den fungerar bra. Vidare tycker medlemmarna att de är bättre på lösa problem inom den egna enheten och verksamheten i stort men är sämre på att lösa problem med andra enheter.

God patientvårdsmiljö men saknar tid till kvalitetssäkring och uppföljning

av patientens analys- och behandlingsresultat.

En överväldigande majoritet anser att de har den professionella kompetensen som krävs för att möta patienten och ger denne en god omvårdnad. Däremot anger endast 3 respektive 4 av 10 medlemmar att de har tid till kvalitetssäkring och uppföljning av patientens analys- och behandlingsresultat och att möta patienten individuellt. Det förra verkar dock vara ett stort problem inom den kirurgiska verksamheten.

Lågt förtroende för ledning

Det tycks saknas starkt ledarskap från närmaste chefen. Den bästa egenskapen som medlemmarna tycker deras närmaste chef bra på är att denna är en god lyssnare. Däremot anses chefen vara sämst på att hantera konflikt på arbetsplatsen. En stor brist som medlemmarna upplever är avsaknad av uppskattning och respons från sin närmaste chef. Förtroende för cheferna avtar även ju högre upp i hierarkin denne är placerad, den högsta ledningen får sämre resultat än närmsta chef.

Nöjd med nuvarande jobb

Närmare 9 av 10 trivs bra med sitt jobb och skulle rekommendera sin arbetsplats till en kollega trots att det finns många saker som medlemmarna är missnöjda med.

Hög omvårdnads kvalitet men sämre patientsäkerhet

Majoriteten av medlemmar anser att omvårdnads kvaliteten är hög på sin arbetsplats, däremot är patientsäkerheten något sämre. Nyckeln för att uppnå en god omvårdnads kvalitet är den höga kompetensen hos personalen och viljan för vidareutveckling. Däremot för att uppnå en hög patientsäkerhet krävs att medlemmarna ska ha mer tid att ägna sig åt kvalitetssäkring och uppföljning av patientens analys- och behandlingsresultat.

Begränsad möjlighet till kompetensutveckling och fortbildning

Medlemmarna har ett mycket brett kunnande inom omvårdnadsområdet men deras kunskaper och erfarenheter används inte fullt ut. Det finns ett behov av fortsatt kompetensutveckling men det finns inte tillräckliga förutsättningar för medlemmarna att vidareutbilda sig.

Få medlemmar anser att Vårdförbundet är en stark kraft i utveckling av vården i Sverige

Engagemang som rör Vårdförbundet och dess visioner är i allmänhet lågt. Medlemmarna har lite kännedom om hur Vårdförbundet kan stötta dem i utvecklingsarbetet. Drygt 1 av 10

medlemmar anser att Vårdförbundet är en stark kraft i utveckling av vården i Sverige. Samtidigt upplever medlemmarna i stort sett att Vårdförbundet har en ganska anonym tillvaro i deras vardag.

Över hälften av medlemmarna anser att vården fungerar mycket bra, däremot är det endast 1 av 5 medlemmar som anser att utveckling av vården i Sverige går i en positiv riktning och i rätt takt. Fler än varannan medlem anser att sin arbetsplats lever upp till vision om en god vårdmiljö. Däremot är effektiv sjukvård det medlemmarna minst förknippar med vad deras arbetsplats bedriver.

1 Bakgrund

Inför kongressen finns behov att göra en till både bredd och djup större undersökning för att få en god bild av hur medlemmarna har det. Området som Vårdförbundet arbetar med är stort och omfattar många olika frågor. Medlemmar är spridda i hela landet, finns inom många olika verksamhetsområden och förutsättningarna för arbetet är inte enhetligt för alla.

Att fråga medlemmar direkt vad de tycker genom enkäter, telefonintervjuer, paneler, fokusgrupper är olika komplement för att vår planering och våra beslutsprocesser ska förbättras och få en mera gedigen grund för de förtroendevalda att fatta beslut. Även om varje medlem har rätt att delta i den demokratiska beslutsprocessen genom att lämna förslag och vara med på olika möten kan vi aldrig räkna med att nå den stora majoriteten medlemmar på det sättet. Vill vi vara väl förankrade i medlemmarnas vardag och veta hur de har det behöver vi fråga regelbundet.

2 Mål och målgrupp

Inför kongressen finns behov av en medlemsundersökning för att få en god bild av hur medlemmarna har det. Syftet är att få en helhetsbild som alla kan dela inför en kongress, då kongressombuden ska enas om strategi och inriktning för de kommande tre åren.

2.1 Mål

Vårdförbundet har ett behov att öka sin kunskap om hur medlemmarna har det på ett flertal områden:

1. Hur medlemmarna upplever och uppfattar sitt yrke och sitt yrkesliv

Här kommer vi kunna ge en bild av varför medlemmarna har gjort det yrkesval de gjort, om de trivs på sin arbetsplats och hur relationerna fungerar till andra yrkesgrupper och vad de ser som viktiga förbättringsområden. Vi ska också försöka ge en bild av familjesituation och om de anser att de får "livspusslet" att gå ihop. Här kan också aspekten om "moralisk stress" komma in, som visat sig vara en viktig fråga för de lokala avdelningarna.

2. Synliggöra vad medlemmarna har för behov av resurser och förutsättningar för sitt arbete/sin uppgift/sin utveckling

Här kommer vi att kunna beskriva om medlemmarna upplever att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra jobb. Vad de har för ansvar och befogenheter att fatta beslut inom sitt

kompetensområde. Därtill kommer vi att kunna beskriva om medlemmarna uppfattar att deras kunskap tas tillvara och om de har förutsättningar att utveckla vården t.ex. genom att läsa vetenskapliga tidsskrifter inom sitt kompetensområde.

3. Klargöra hur medlemmarna uppfattar vårdens uppdrag och mål/måluppfyllelse för att hitta strategiska områden för utveckling och förbättring.

Här kommer vi att ge en bild av hur medlemmarna ser på vårdens utveckling. Förhoppningen är också att kunna ge en indikation om medlemmarna tycker att utvecklingsriktningen går åt rätt håll samt hur de ser på målet om god vård och i vilken utsträckning man lever upp till det idag.

Här kommer även medlemmens engagemang vara en nyckelfråga, dess vilja och möjligheter att vara med och påverka utvecklingen. Medlemmarnas syn och förtröende för den närmaste chefen och ledningen. Genom detta kan man identifiera engagerade medlemsgrupper. I arbetet för att uppnå visionen kan man också få reda på om medlemmarna känner till Vårdförbundets vision och aktivt arbetar för att uppnå den.

4. Hur medlemmarna påverkas av olika samhällsfrågor

Här kommer vi att beskriva vilka samhällsfrågor som är viktiga för medlemmarna. Hur ser medlemmarna t.ex. på privata alternativ inom vården, socialförsäkringsfrågan, jämställdhet eller miljöfrågan?

Undersökningens fokus ska ligga på medlemmen och dess arbetsförhållanden, fritid och hälsa. Denna undersökning avser inte att undersöka medlemmens relation till Vårdförbundet.

2.2 Kompletterande undersökningar

Enkätresultatet kommer att jämföras med information från Vårdförbundets tidigare medlemsundersökningar. Rapporten kommer också att kompletteras med uppgifter från andra områden som inte togs upp i medlemsenkäten. Det handlar då både om information Vårdförbundet tagit fram men också information från externa källor.

1. Hur upplever och uppfattar medlemmarna sitt yrke och sitt yrkesliv?

- Vård-IT-kartan. Användare och IT-system inom svensk vård och omsorg (2010 del1)

-RN4Cast

- Arbetsförhållanden, levnadsvanor och hälsa inom vård och omsorg. En jämförelse mellan anställda inom landsting, kommun och privat sektor i Stockholms län (2009)

2. Vad har medlemmarna för behov av resurser och förutsättningar för sitt arbete/sin uppgift/sin utveckling?

- Nurses in the Workplace *Expectations and needs*. (Maj 2009)
- Reflekterande samtal (2009-2010)
- Hälsoundersökningen (2010)

Kompetens, behov och möjligheter. Kartläggning bland distriktssköterskor och sjuksköterskor i primärvården i Stockholms län. Cefam (2006)

Artikel/ uppsats om moralisk stress

3. Klargöra hur medlemmarna uppfattar vårdens uppdrag och mål/måluppfyllelse för att hitta strategiska områden för utveckling och förbättring.

Lön och (kopplingen till) verksamhetsutveckling (2006)

4. Hur medlemmarna påverkas av olika samhällsfrågor

2.3 Målgrupp

Undersökningen riktas till medlemmarna. Mottagare är första hand kongressombuden samt förbundsstyrelsen.

2.4 Samarbete med Synovate

Undersökning har skett i samarbete med undersökningsföretag Synovate som bistått med konsultation avseende bl. a fastställande av urval och frågeformulär. Synovate har vidare hanterat enkätutskicken samt insamling och delvis bearbetning av enkätsvaren.

3. Metod

3.1 Målgrupp och urval

Undersökningsmålgrupper omfattar Vårdförbundets samtliga yrkesgrupper. Därtill vill vi bryta ner målgrupperna först och främst på följande verksamhetsområde:

- Reproduktiv hälsa (t ex förlossning, mödravård, BB, ultraljud m.m.)
- Laboratorium (t ex klinisk kemi/mikrobiologi/fysiologi, histopatologi, cytologi, blodcentral och transfusionsmedicin m.m.)
- Radiologi/Bilddiagnostik (t ex röntgen, mammografi, ultraljud m.m.)
- Akutsjukvård (t ex anestesi, operation, intensivvård, akutmottagning, ambulanssjukvård m.m.)
- Barn och Ungdom (t ex elevhälsa, barn och ungdomspsykiatri, barnsjukvård, prematur/neonatal m.m.)
- Kirurgiska specialiteter (t ex allmän kirurgi, ortopedi, gynekologi, urologi och med flera opererande specialiteter)
- Medicinska specialiteter (t ex allmän medicin, hjärt- och lungsjukvård, diabetes m.m.)
- Vuxen psykiatri (inkl. rättspsykiatri och beroendevård)
- Primärvård/Äldrevård (inkl. hemsjukvård, geriatrik, rehabilitering och företagshälsovård)

Indelning på verksamhetsområden gäller främst sjuksköterskegruppen, där vi tror kan finnas skillnader i hur sjuksköterskorna upplever och uppfattar sitt yrke och yrkesliv på de olika arbetsplatserna. Urvalsstorleken baseras på att max 5 procent och minst 300 av medlemmar inom respektive verksamhetsområde väljs slumpmässigt ur medlemsregistret KOMET. Baserad på erfarenheter från tidigare undersökningar förväntar vi oss 55 procent svarsfrekvens. Detta innebär att vi behöver ett slumpmässigt stickprov av 8 000 medlemmar.

3.2 Enkät

Enkäten innehåller i huvudsak slutna frågor med strukturerade svarsalternativ som berör arbetssituation, arbetsmiljö, patient och vårdmiljö, engagemang i föreningar, samhällsfrågor samt några bakgrundsvariabler så som yrkestillhörighet, arbetsgivare och verksamhetsområde. Demografiska uppgifter såsom bostadsort, kön och ålder hämtas från medlemsregistret. Frågorna är väl formulerade och prövade för att säkra svarens tillförlitlighet.

3.3 Adressuppgifter

Adresser till utvalda medlemmar hämtades från medlemsregistret (KOMET) som uppdateras veckovis via Statens persondataregister (SPAR). Det är ett offentligt register som omfattar alla folkbokförda personer i Sverige.

3.4 Enkätdistribution

Möjligheten att svara på enkäten finns både i pappers eller webbformat via internet. Den senare görs tillgänglig via en tillfällig subdomän till Synovates hemsida. En inbjudan att svara på enkäten skickades först via e-post till medlemmar som hade en emailadress med angiven länk till den webbaserade enkät-versionen. Av de medlemmar som hade en emailadress och som inte svarade via webben skickades även enkäten via post i samband med utskick till de medlemmar som inte kunde nås via e-post och vid påminnelser. Alla deltagare tilldelades en individuell kod för att säkra att endast ett enkätsvar per deltagare registreras.

3.5 Databearbetning och analys

Rapporten kommer att utgå från det övergripande målet och delmålen (2.1) som sattes upp innan medlemsundersökningen arbetades fram. För att göra detta kan medlemmarna delas in i ett antal kluster, först och främst utifrån yrkestillhörighet (fyra yrkesgrupper). I de frågor där det finns behov av detaljerade analyser delas medlemmarna in i vilket verksamhetsområde respektive sektor de arbetar inom. Därtill kan det också vara relevant i vissa frågor att se om det finns skillnader i svar mellan ålder, kön, storstad -landsbygd, eller om medlemmen är förtroendevald respektive chef eller ej.

Analyser av inkommande svar kommer främst att vara av deskriptiv karaktär och presenterade i form av tabeller eller grafer. Samband mellan olika frågor och frågesvar kommer även att analyseras för att få ökad förklaringsgrad i attityder och bakomliggande drivkrafter.

Många frågor i undersökningen är i form av påståenden med en svarsskala som sträcker från 1 till 10. För påståendebaserade frågor betyder 1 'Håller inte alls med' medan skalan 10 innebär 'Håller helt med'. För bättre överskådlighet i resultaten indelas alla frågor med svarsskalan 1 till 10 i tre grupper, t ex 'håller inte med' får skalor 1-4, 'varken eller' får skalor 5-6 och slutligen omfattas 'håller med' av skalor 7-10.

Svaren sammanställs och analyseras med hjälp av statistikprogrammet SAS version 9.2.

4. Resultat¹

4.1 Svarsfrekvens

Totalt deltog 3785 medlemmar i undersökningen, vilket ger en svarsfrekvens på 47 procent, varav 61 procent svarade via posten och resterande via webben. Den postala svarsfrekvensen var störst bland barnmorskorna med 65 procent (191) medan andelen via webben var lägst. Däremot svarade biomedicinska analytikerna bäst via webben men på pappersenkäten svarade de i mindre utsträckning än övriga grupper med 51 procent (124), (tabell 1).

Bland respondenterna lämnade 18 ingen uppgift om sitt yrke, vilket gör att korstabulering mellan yrkesgrupper och typ av svar resulteras i en total av 3767 svar istället för det faktiska talet 3785 (tabell 1). Att medlemmarna inte svarade på alla frågor gör att underlag till svarsresultaten varierar beroende på frågan.

Resultat av de inkommande svaren visar en tydlig överrepresentation av andelen barnmorskor och röntgensjuksköterskor i undersökningen jämfört med medlemspopulationen (tabell 1). Däremot understeg andelen svarande bland sjuksköterskor andelen i medlemspopulationen. Eftersom urvalet inte var stratifierat på yrkesgrupp är det inte helt oväntat att vi får en skev fördelning bland yrkesgrupperna jämfört med medlemspopulationen. För att resultaten ska kunna generaliseras till hela Vårdförbundets medlemspopulation kommer antal svar att viktas för att få så representativa svar som möjligt.

Indelning av svarsfrekvensen per verksamhetsområde visar att sjuksköterskor som arbetar inom primär och äldreården svarade i mycket högre utsträckning än medlemmar inom övriga verksamhetsområden med en andel på 23 procent (857). Lägst i antalet svar var medlemmar som arbetar inom vuxen psykiatri, laboratorium och radiologi/bilddiagnostik med en andel runt 6 procent var (222-228), (figur 1). Figurer 1 och 2 (bilaga 2) visar andel svarande uppdelat på region och kommun. Ungefär en tredje del av respondenterna är bosatta i större städer.

Yrkesgrupp	Antal (andel) svarande via post	Antal (andel) svarande via webb	Totalt antal (andel) svarande	Andel från medlems registret
Sjuksköterska	1847(61)	1170(39)	3017(80)	86
Barnmorska	191 (65)	103 (35)	294 (8)	5
Biomedicinsk analytiker	124 (51)	116 (49)	240 (6)	6
Röntgen-sjuksköterska	124 (57)	92 (43)	216 (6)	3
Totalt	2286 (61)	1481 (39)	3767 (100)	100

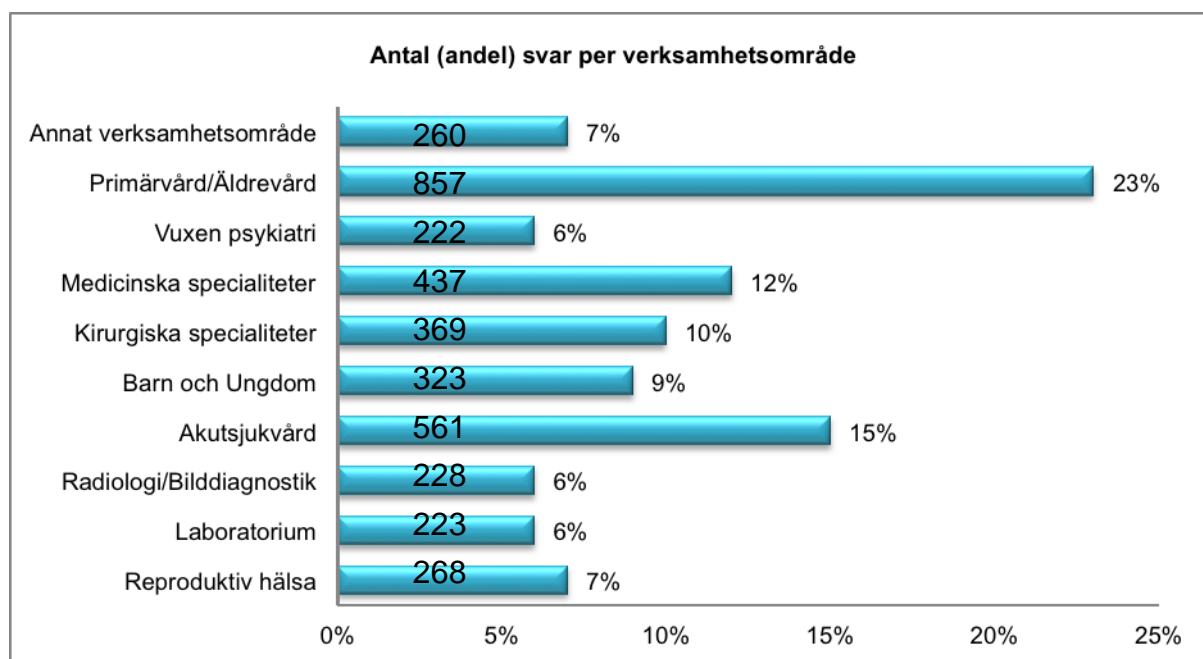
Tabell 1: Antal (andel) svar per yrkesgrupp och typ av svar.

Huvuddelen av de svarande är i åldersgrupp 50-59 år, 35 procent (1304), följs av åldersgrupp 40-49 år med en svarsfrekvens på 24 procent (912). Endast 7 procent (279) av medlemmar

¹ Not. Den Bilaga 2 som refereras till i undersökningen utgör en tabellbilaga till medlemsundersökningen. Den återfinns som en separat bilaga till detta protokoll.

yngre än 30 år besvarade enkäten (tabell 2). Det är större andel medlemmar i åldersgrupp 50 år och äldre som besvarade enkäten än andelen i populationen. I motsatsen understeg andelen medlemmar yngre än 50 år andelen i populationen. Medel- respektive medianålder bland de svarande var 48 och 49 år jämfört med medlemspopulation 46 och 47 år.

Vidare är svarsfrekvensen bland medlemmar med chefposition respektive förtroendevalda inom Vårdförbundet cirka 8 procent var (282 respektive 300). Andelen chefer i undersökningen motsvarar den i populationen medan antalet förtroendevalda är överrepresenterade.



Figur1: Antal (andel) svarande per verksamhetsområde från medlemsundersökningen.

Åldersgrupp	Antal (andel) Sjuk-sköterska	Antal (andel) barnmorska	Antal (andel) biomedicinsk analytiker	Antal (andel) röntgen-sjuksköterska	Totalt antal (andel) svarande	Andel från medlemsregistret
≤ 29 år	252 (8)	6 (2)	12 (5)	9 (4)	279 (7)	9
30-39 år	596 (20)	52 (18)	24 (10)	29 (13)	701 (19)	21
40-49 år	755 (25)	79 (27)	35 (15)	43 (20)	912 (24)	27
50-59 år	991 (33)	109 (37)	110 (46)	94 (44)	1304 (35)	31
60+ år	423 (14)	46 (16)	59 (25)	41 (19)	569 (15)	12
Totalt	3017 (100)	292 (100)	240 (100)	216 (100)	3765 (100)	100

Tabell 2: Åldersfördelning bland de svarande per yrkesgrupp.

Av inskickade svar uppgav 71 medlemmar att de inte var yrkesverksamma vid undersöknings- tillfället. Då undersökningen syftades endast till de som var vid tjänst, exkluderas dessa från kommande analyser.

4. 2 Delmål 1: Synliggöra hur medlemmarna upplever och uppfattar sitt yrke och sitt yrkesliv

4.2.1 En yrkesarbetande i hushållet

Sammanlagt svarade 3521 medlemmar på frågor om deras civilstånd, om de har barn som bor hemma samt antal yrkesarbetande i hushållet. Av dessa uppgav 29 procent (1011) att det är en yrkesarbetande i hushållet, varav 45 procent (456) är singlar och 44 procent (442) är antingen gift, har en registrerad partner eller sambo. Detta indikerar att drygt 1 av 10 respondenter som delar hushåll med en partner är också den enda personen som arbetar i hushållet (figur 30, bilaga 2). Dock har majoriteten av dessa medlemmar vuxna barn som flyttat hemifrån. Medelålder bland medlemmarna var 57 år vilket kan innebära att deras partner möjligtvis ha gått i pension och därmed förklaring till att de är de enda arbetande i hushållet.

Av de 442 respondenterna som delar hushåll med en partner och som även är den ende som arbetar i hushållet, har 1 procent (6) respektive 25,5 procent (112) barn som bor hemma hos sig på del- och heltid. Cirka 61 procent (269) har vuxna barn som inte bor hemma och en betydligt mindre andel 12,5 procent (55) har inga barn.

Bland singlarna har 19 procent (87) barn som bor hos sig heltid och motsvarande 10 procent (46) som har barn som delvis bor hemma. En större andel 39 procent (179) har inga barn och 32 procent (144) har vuxna barn som har flyttat hemifrån (figur 30, bilaga 2).

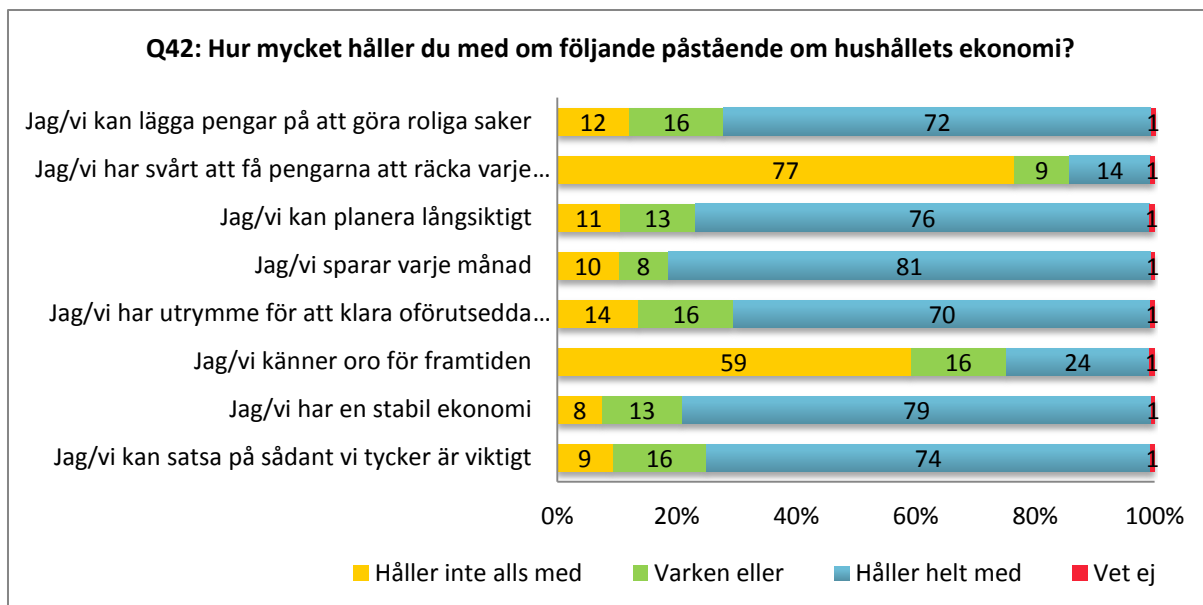
4.2.2 Två eller fler yrkesarbetande i hushållet

Motsvarande 71 procent (2510) av medlemmarna uppgav att det är två eller flera yrkesarbetande i hushållet. En överväldigande del av dessa 99 procent (2475) är antingen gift, har registrerad partner eller sambo. Av dessa har 55 procent (1358) barn som bor hemma hos sig heltid. Endast 2 procent (59) har barn som delvis bor hos sig och 9 procent (22) har inga barn. Däremot uppger en ganska hög andel, 34 procent (836) att de har vuxna barn som inte längre bor kvar hemma (figur 30, bilaga 2).

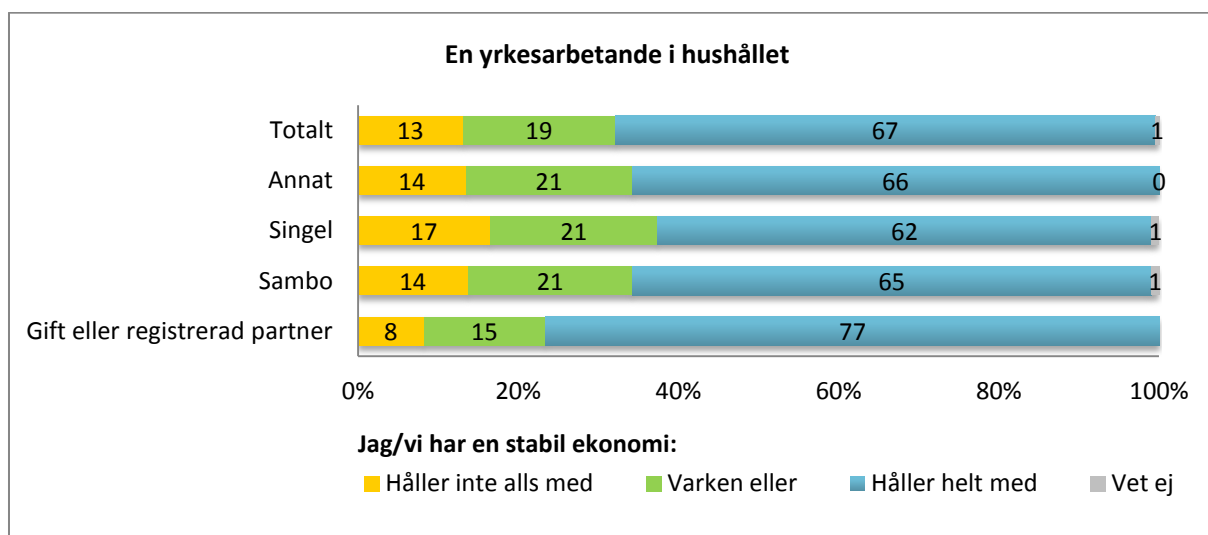
4.2.3 Hushållsekonomi

Medlemmarna har i stort sett god och stabil ekonomi (figur 2). Överlag anser även medlemmar som delar hushållet med en partner och som är de enda yrkesarbetande i hushållet att deras ekonomi är stabil (figur 3a). Däremot är ekonomin mindre bra bland singlarna, speciellt gäller det de medlemmar som är ensamstående och som har barn som bor hos sig antingen del- eller heltid.

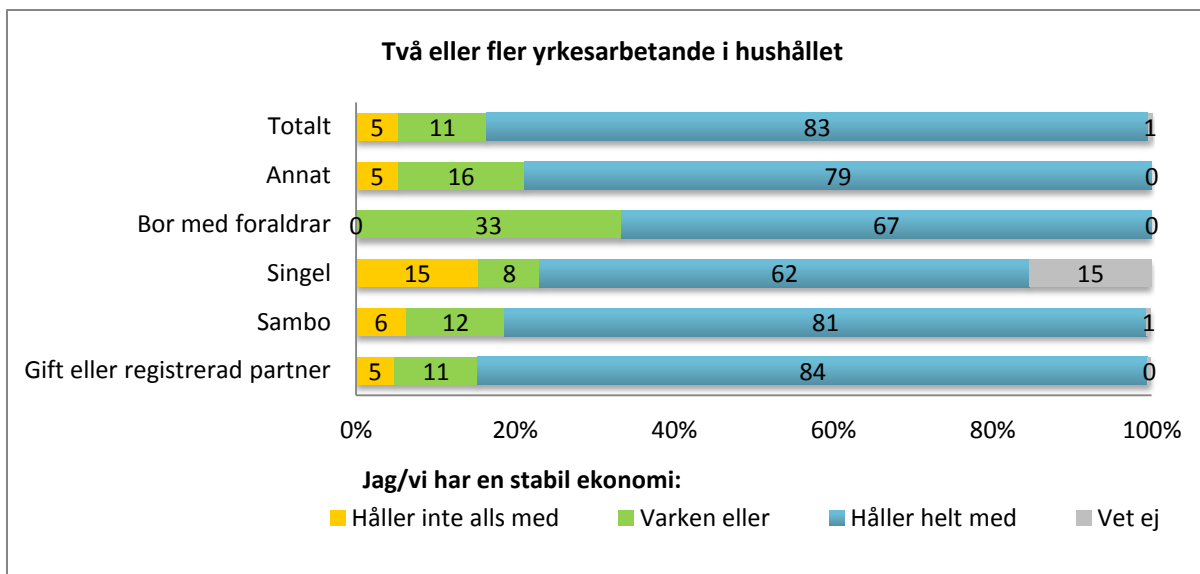
Ekonomi ser bättre ut för de medlemmar där det finns två eller fler yrkesarbetande i hushållet, främst för de som har en partner (figur 3b). Trots att medlemmarna har en stabil ekonomi känner 6 av 10 medlemmar oro för framtiden. Andelen medlemmar som känner oro för framtiden är aningen högre bland medlemmar i de hushåll där det är en yrkesarbetande i hushållet (figurer 31a och 31b, bilaga 2).



Figur 2: Figuren visar medlemmars uppfattning om hushållets ekonomi.



Figur 3a: Figuren visar medlemmars uppfattning om hushållets ekonomi i de fall där det finns endast en yrkesarbetande i hushållet.

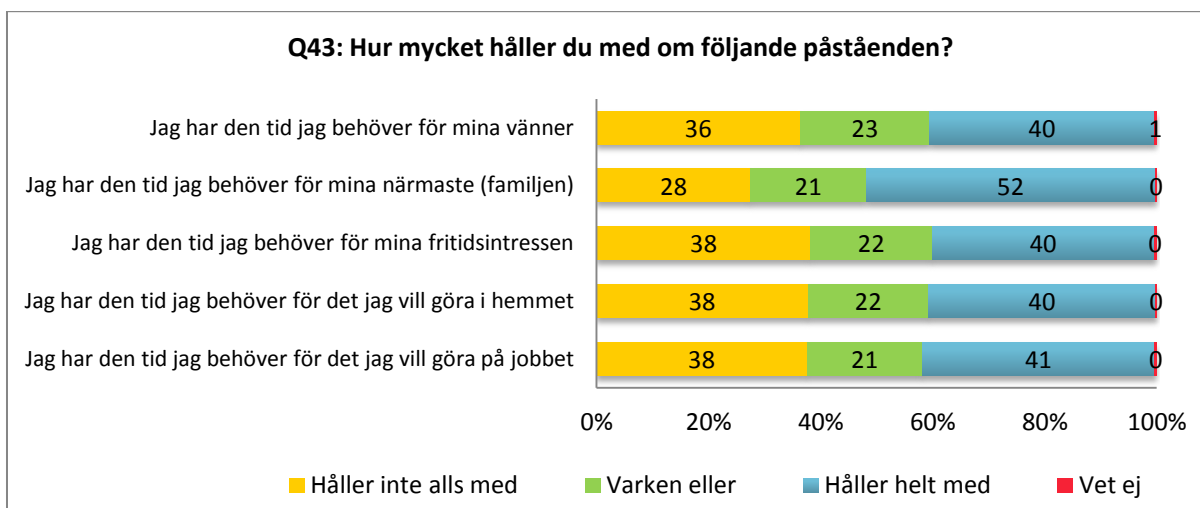


Figur 3b: Figuren visar medlemmars uppfattning om hushållets ekonomi i de fall där det finns två eller fler yrkesarbetande i hushållet.

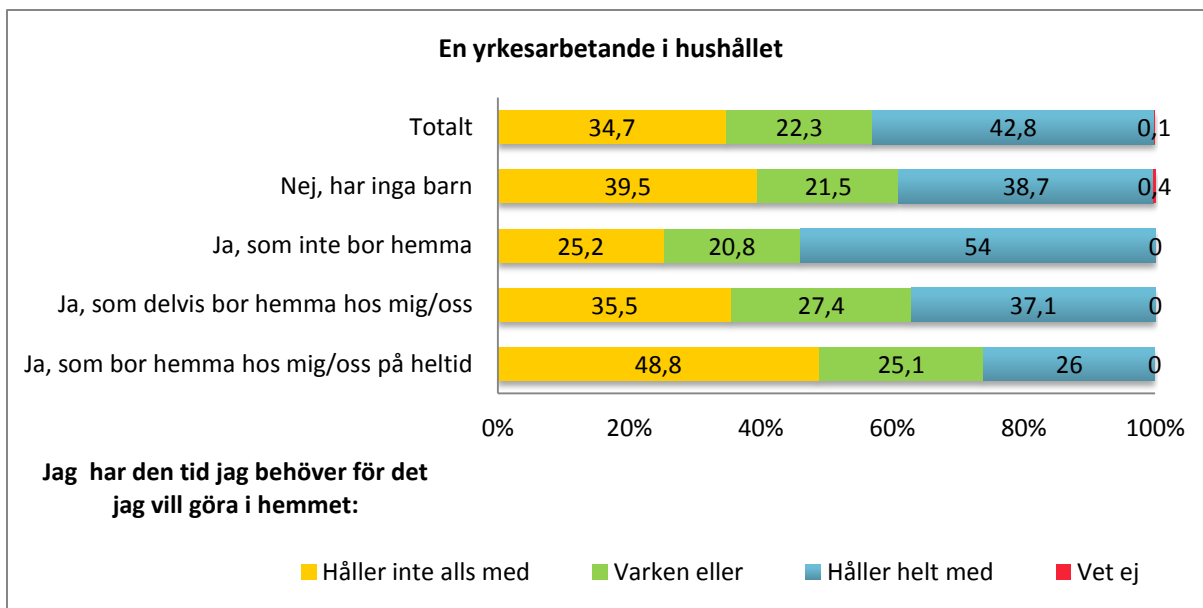
4.2.4 Fritid

Nästan varannan medlem anser att de har tid för sin familj. Ett mindre antal (2 av 5) anger att de har tid att umgås med sina vänner, tid för fritidsintressen och göra hushållsarbeten. Tiden verkar alltså inte riktigt räcka till för medlemmarna att göra det de vill både på fritiden och på jobbet. Närmare 40 procent anger att de inte har tillräckligt med tid för att utföra de arbetsuppgifter de vill göra på jobbet (figur 4).

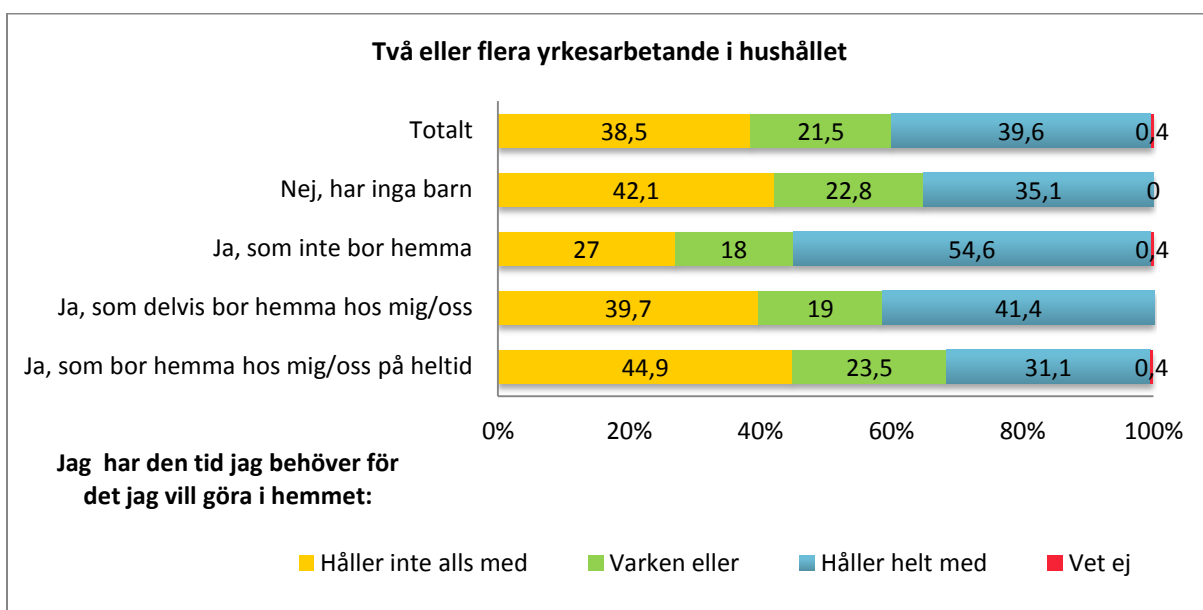
Medlemmar som har barn som bor hemma hel- eller deltid och som är en yrkesarbetande i hushållet svarade i mindre utsträckning att de får tiden att räcka till både på och utanför jobbet (figur 5a).



Figur 4: Figuren visar hur medlemmar upplever om de har tid att göra det de vill både på och utanför jobbet.



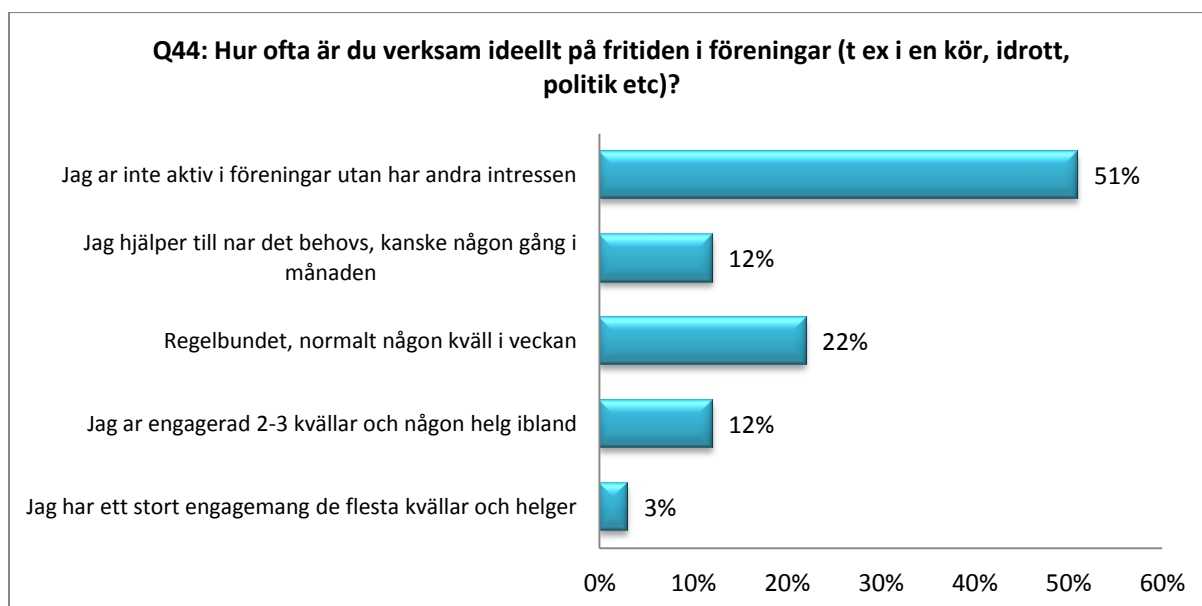
Figur 5a: Figuren visar hur medlemmar upplever om de har tid att göra det de vill både på och utanför jobbet i de hushåll där det finns endast en yrkesarbetande i hushållet.



Figur 5b: Figuren visar hur medlemmar upplever om de har tid att göra det de vill både på och utanför jobbet i de hushåll där det finns två eller fler yrkesarbetande i hushållet.

4.2.5 Engagemang i föreningar

Hälften av medlemmarna är inte aktiv i föreningar på sin fritid utan har andra intressen. Var femte medlem är verksam ideellt någon kväll i veckan i föreningsaktiviteter (figur 6).



Figur 6: Figuren visar medlemmarnas engagemang i föreningar på fritiden.

4.2.6 Anställning

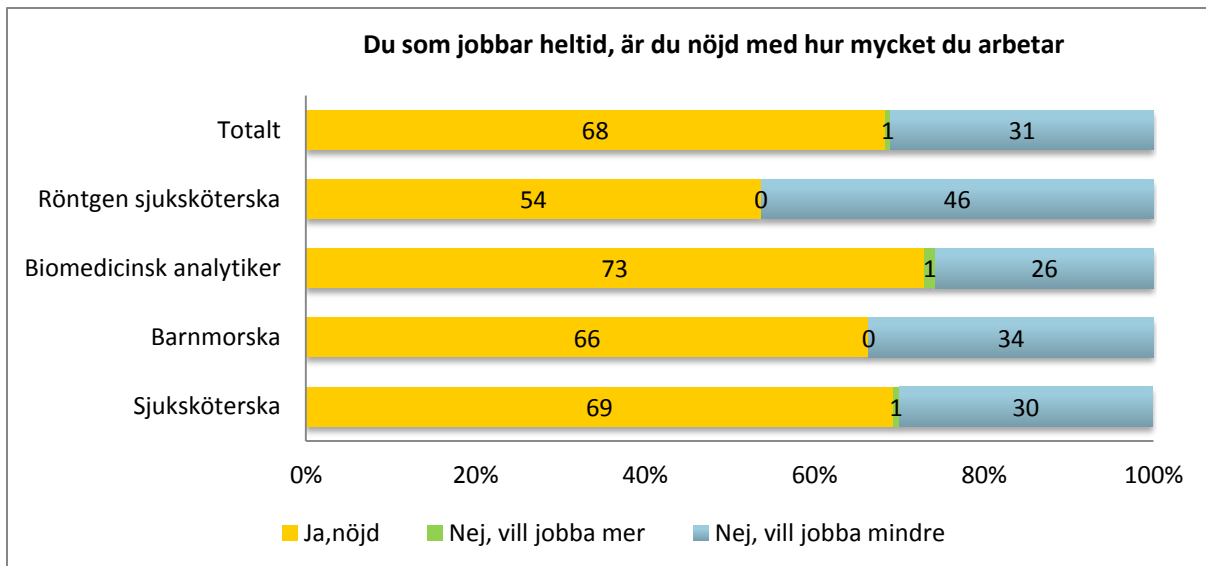
Majoriteten av medlemmar (95 procent) har en tillsvidare anställning. Endast 4 procent (140) har en tidsbegränsad anställning. Ytterst få medlemmar är egenföretagare eller har provanställning (tabell 1, bilaga 1). Detta visar att Vårdförbudets medlemmar har en hög sysselsättningsgrad och att arbetsmarknaden är god för våra medlemmar.

Var fjärde respektive femte medlem arbetar inom öppen- och slutenvård. Totalt tjänstgör 44 procent (1605) av medlemmar enbart på dagtid. En liten andel 7 procent (263) arbetar nattetid, inga röntgensjukskor omfattas i denna grupp. Arbetsskift som dagtid med kväll och helg är vanligt förekommande bland medlemmarna, 31 procent (1129). Medan omväxlande dag och natt förekommer i mindre omfattning, 18 procent (662) (tabell 1, bilaga 2).

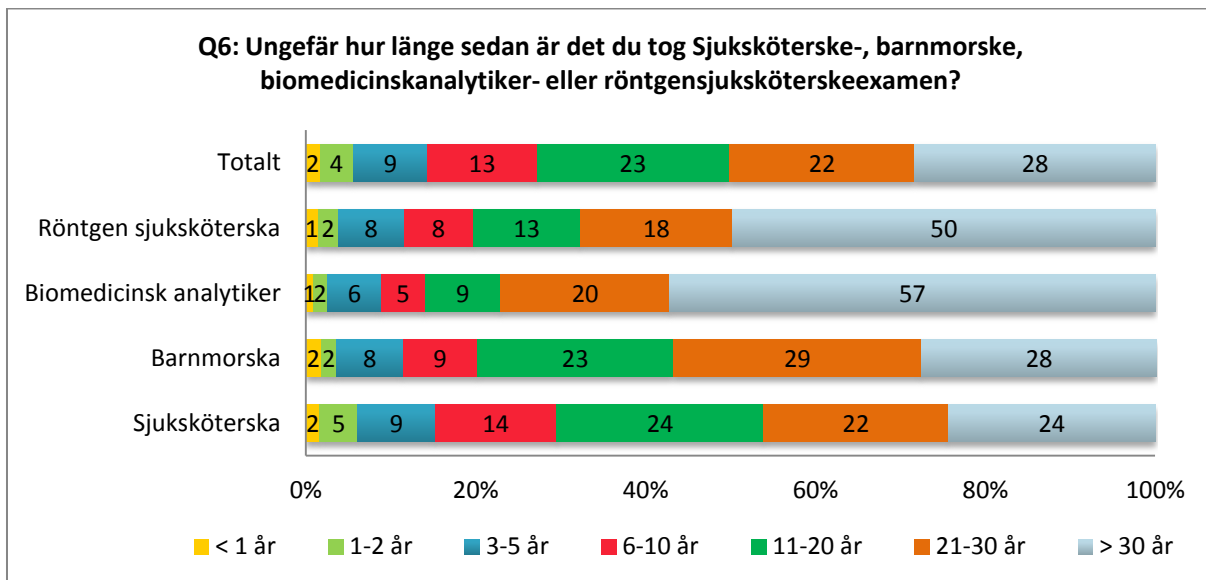
4.2.7 Arbetstid

Omkring 60 procent (2179) av medlemmarna rapporterade att de jobbar heltid, varav 68 procent är nöjda med detta medan 31 procent vill gå ner i tid. Röntgensjuksköterskor är den grupp som mest jobbar heltid och 46 procent av dem vill jobba mindre (figur 7).

Bland medlemmarna som jobbar deltid (1481), uppger 85 procent att de är nöjda med sin arbetstid. Däremot vill 8 procent av de som arbetar deltid gå upp i tid och 7 procent vill arbeta mindre (figur 3, bilaga 2). Barnmorskor jobbar oftare deltid men de är inte mer missnöjda med sina arbetstider än övriga grupper. Mest nöjda med att arbeta deltid är biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor.



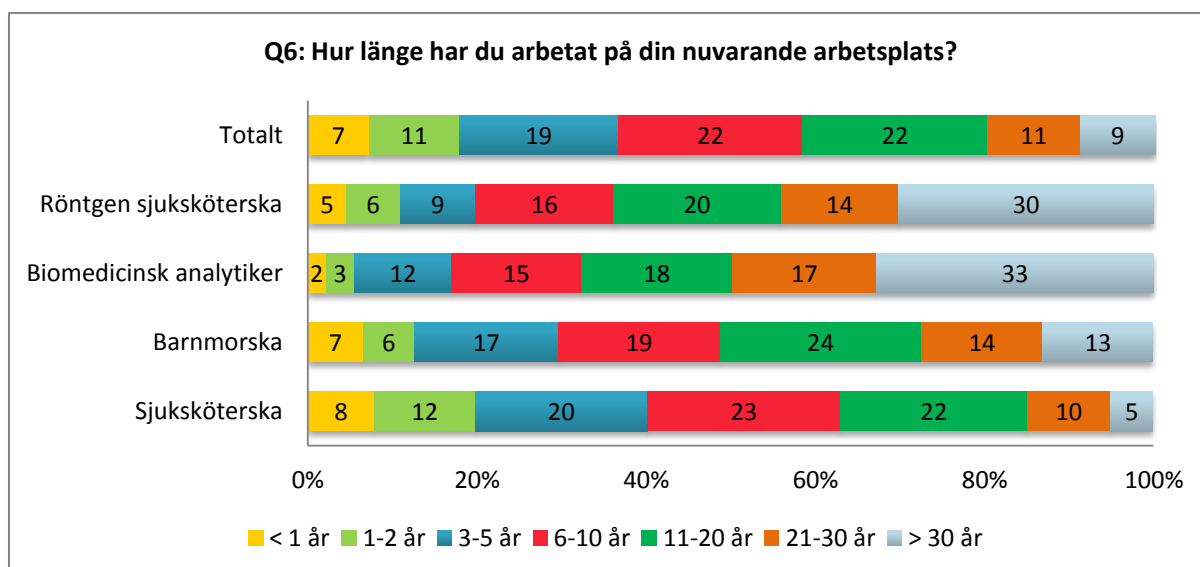
Figur 7: Figuren visar om medlemmarna som arbetar heltid önskar att gå ner eller upp i tid.



Figur 8a: Figuren visar fördelning av antalet år som medlemmarna har haft sin examen.

Generellt representerar medlemmarna i undersökningen en äldre generation med många års arbetserfarenhet. Majoriteten i respektive yrkesgrupp tog sin examen för mer än 30 år sedan. Störst andel med mer än 30 år sedan examen har biomedicinska analytiker med 57 procent, följt av röntgensjuksköterskor med en andel på 50 procent. Endast en liten andel som tog examen för 2 år sedan (figur 8a). Detta pekar på att en stor del av medlemmarna är äldre och kommer att gå i pension inom en snar framtid.

Varannan biomedicinsk analytiker har arbetat mer än 20 år både på nuvarande arbetsplats och med samma befattning. Motsvarande har 2 av 5 röntgensjuksköterskor arbetat på nuvarande arbetsplats respektive med samma befattning mer än 20 år (figur 8b).



Figur 8b: Figuren visar fördelning av antalet år i yrket som medlemmarna har arbetat i sin nuvarande arbetsplats.

4.2.8 Yrkesmotiv

Figur 9 visar de vanligaste angivna anledningarna till att medlemmarna gjorde sina yrkesval. De två vanligaste anledningarna till att medlemmarna valde sitt yrke är intresse att hjälpa andra och att det är ett omväxlande arbete. Den sistnämnda anledningen till yrkesvalet är gemensamt för alla fyra yrkesgrupper. En jämförelse med resultat från 1992 visar likande resultat för sjuksköterskorna och barnmorskorna. Däremot var det ytterst få nu som då som angett karriärmöjlighet, flexibla arbetstider eller möjligheter till deltidsarbete som skäl till yrkesvalet.

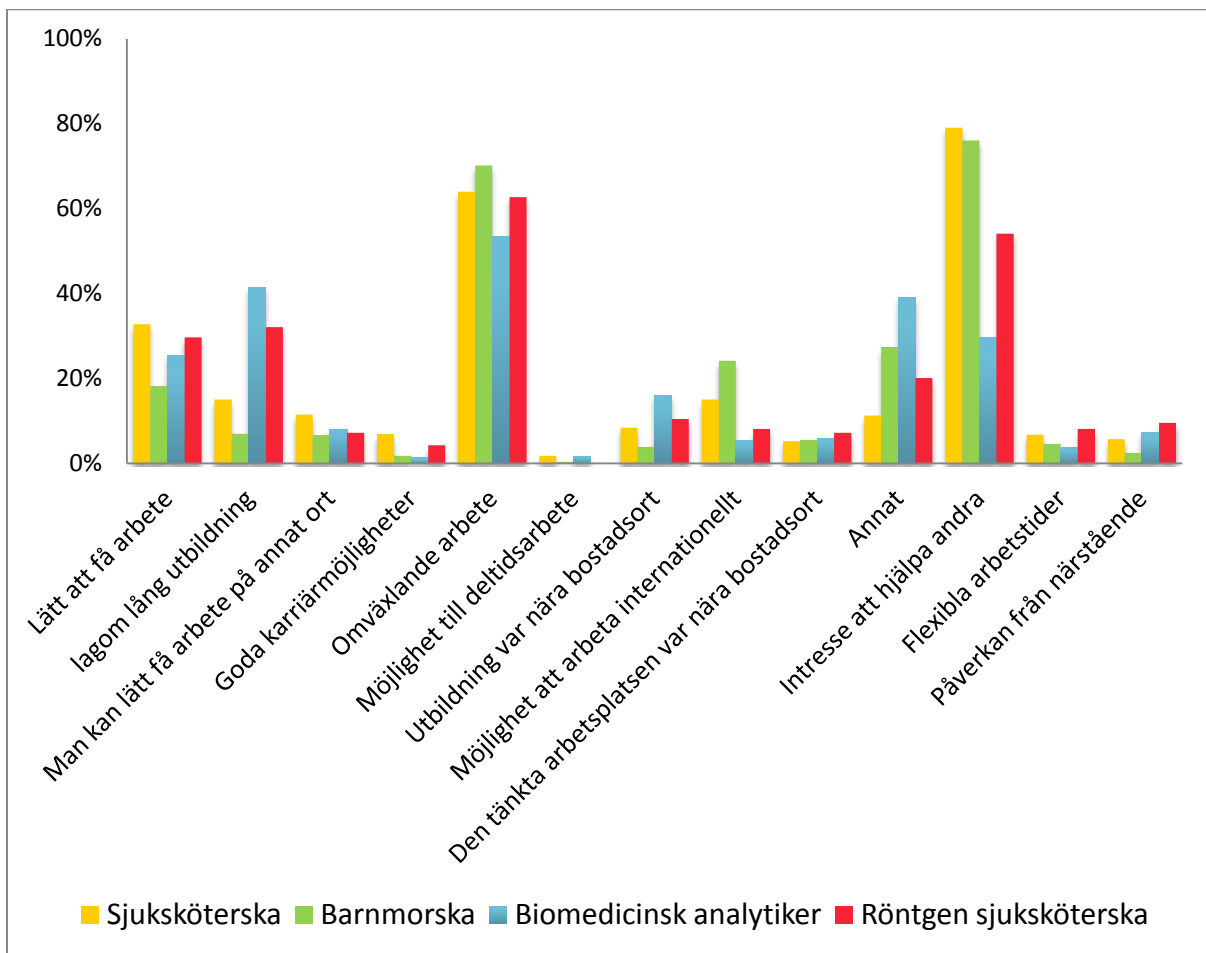
Sjuksköterskor uppger oftare än de andra yrkesgrupperna att det är lätt att få arbete som var en viktig anledning till deras yrkesval. Möjligheten att arbeta internationellt lockar i högre grad yngre än äldre men det är yttersta få som hade det valet.

4.2.9 Samarbete med kollegor och andra yrkesgrupper

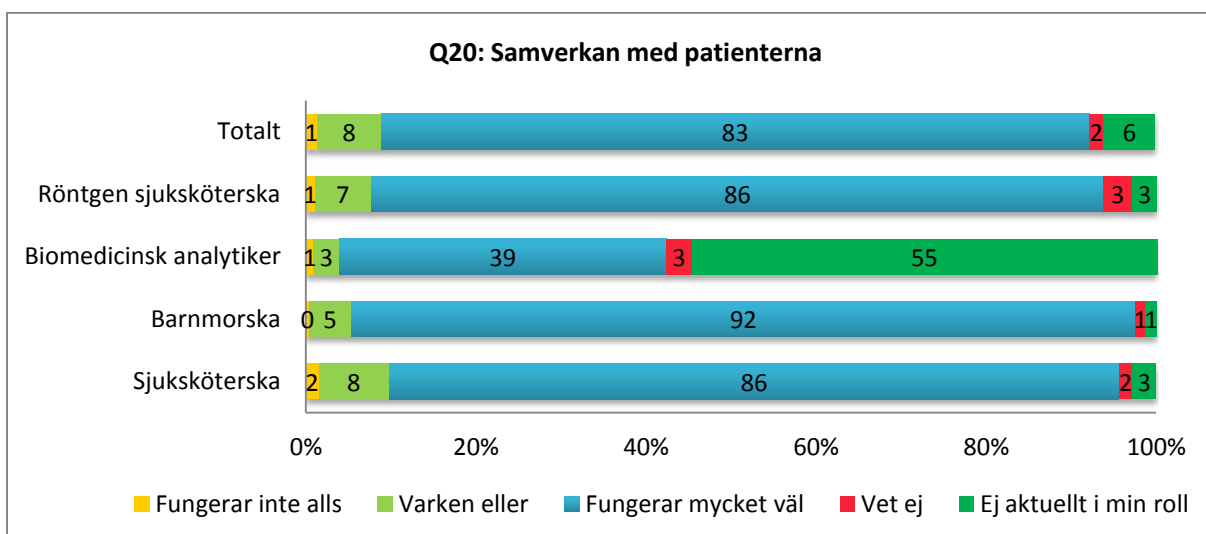
Medlemmarna i undersökningen upplever i stort sett att samarbetet med kollegor inom egna yrkesgrupper fungerar mycket bra (figur 15e, bilaga 2). Motsvarande gäller även samarbetet med patienter (figur 10), men på en annan fråga har man uppgett att patienterna inte känner sig delaktiga i så stor utsträckning. De yrkesgrupper man har mer kontakt med tycks samarbetet fungera bra med. Biomedicinska analytiker tycker över hälften inte att samarbete med patienterna är aktuellt i deras roll (figur 10). Detta är återkommande i alla frågor som har med patientkontakt och vårdmiljö att göra. De ser inte att det ligger i deras roll att arbeta med vårdmiljö och omvårdnad. Däremot så är patientsäkerhet en viktig aspekt för biomedicinska analytiker.

Barnmorskor är den grupp som har mest kontakt med vårdbiträde/undersköterskor och läkare och som tycker att samarbetet fungerar utmärkt. Ungefär varannan sjuksköterska som arbetar med barn och ungdom och inom akutsjukvård har ingen kontakt med sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Den största gruppen som inte har något samarbete med dessa grupper är

röntgensjuksköterskorna där anger 9 av 10 att det inte är aktuellt deras roll (figurer 15c-15f, bilaga 2).



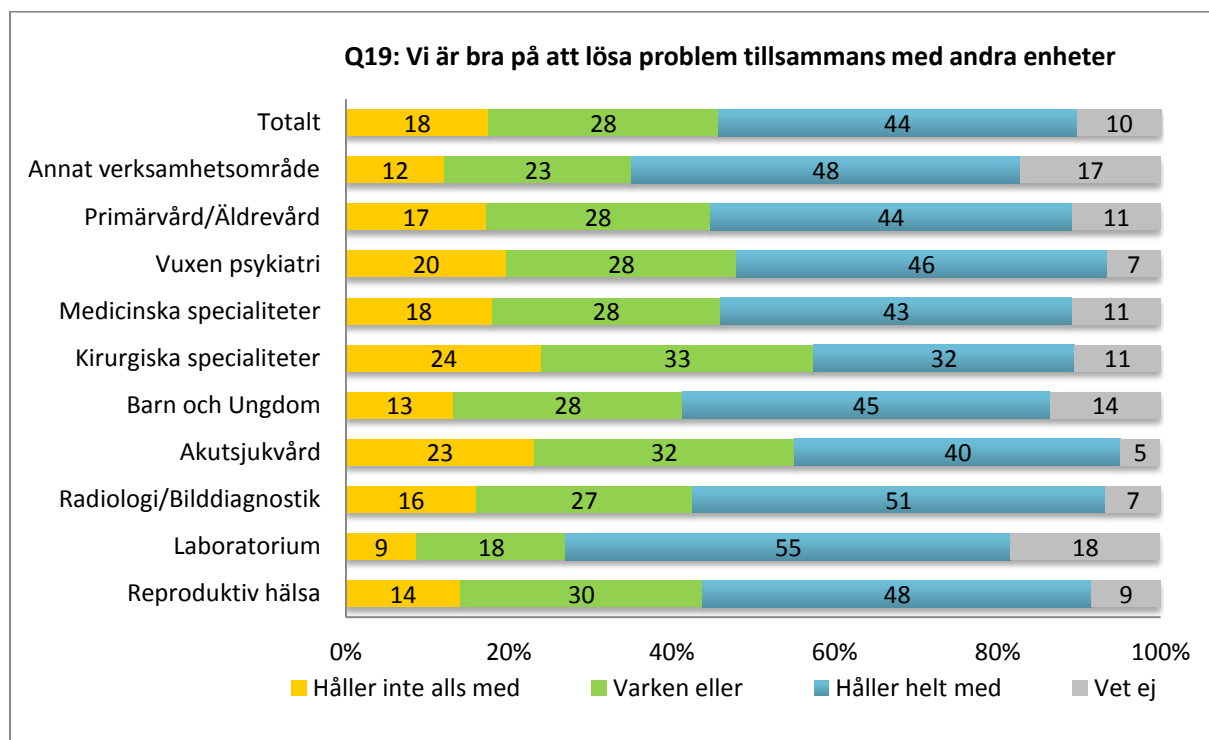
Figur 9: Figuren visar medlemmas anledningar till deras yrkesval



Figur 10: Figuren visar hur medlemmarna upplever samarbetet med patienter.

4.2.10 Uppfattningar om problemlösning på arbetsplats

Den generella slutsatsen som dras är att medlemmarna tycks vara bättre på att lösa problem på den egna arbetsplatsen och verksamheten i stort (figurer 14a-14b, bilaga 2). Dock verkar det vara svårare att lösa problem tillsammans med andra enheter (figur 11). Sjuksköterskor är överlag mer negativa och tycker inte att problemlösningen fungerar lika bra som övriga grupper.



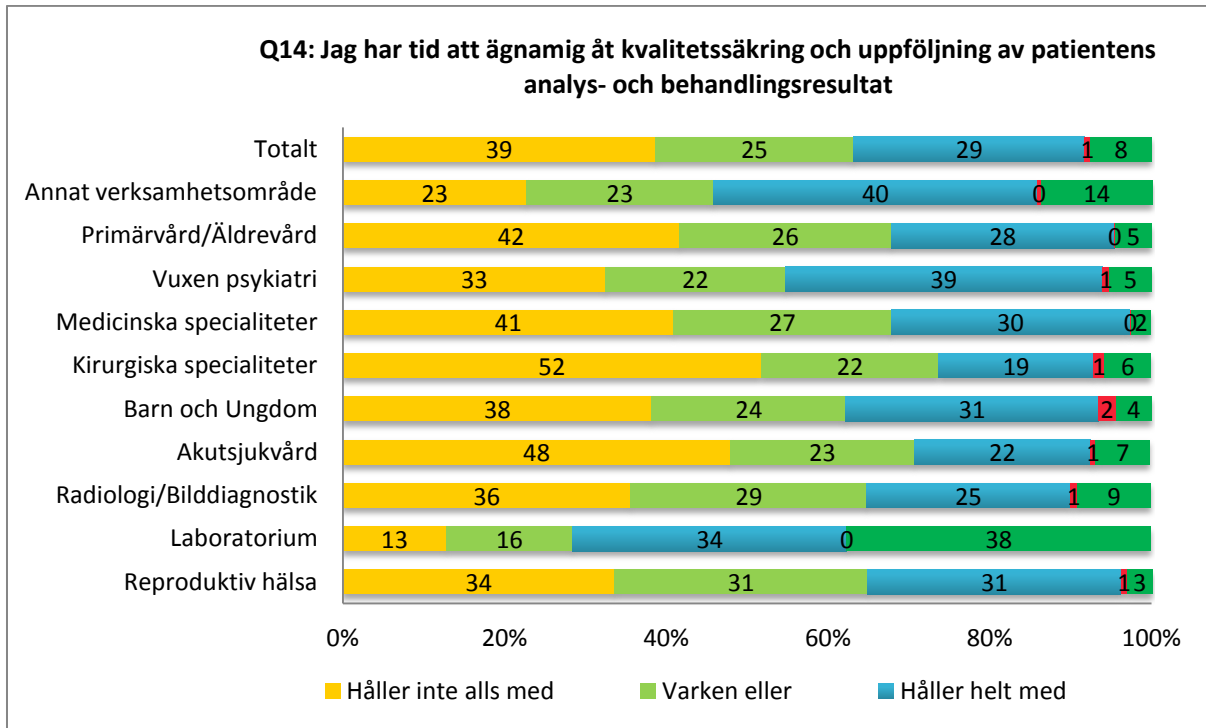
Figur 11: Figuren visar medlemmarnas inställning till problemlösningen med andra enheter på sin arbetsplats.

4.2.11 Uppfattningar om patientvårdsmiljö

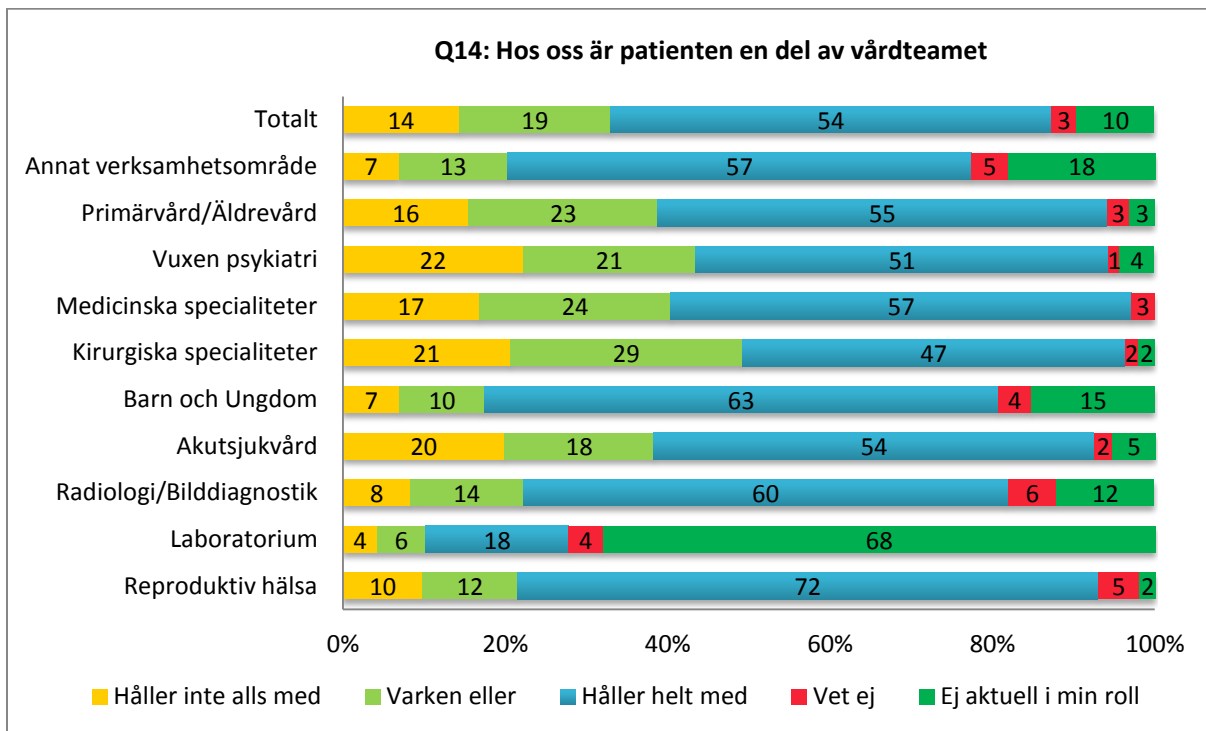
De allra flesta medlemmarna (9 av 10) anser att de har den kompetens som behövs i patientmötet. Däremot anser totalt 4 av 10 att de har tid att möta patienten individuellt (figurer 10c-10d, bilaga 2). Detta medan en fjärdedel anser att de inte har tid till det och lika många anger att de varken har mindre eller tillräcklig tid för att möta patienten individuellt. Endast 3 av 10 medlemmar som arbetar med medicinska och kirurgiska specialiteter tycker att det finns tid för patientmötet jämfört med 5 av 10 medlemmar inom övriga verksamhetsområden. Dessvärre anser totalt 3 av 10 att de har tid att ägna sig åt kvalitetssäkring och uppföljning av patientens analys- eller behandlingsresultat (figur 12a). Detta verkar dock vara ett mycket stort problem inom akutsjukvården och på kirurgiska avdelningarna, där håller endast 2 av 10 medlemmar med om att de har tid till kvalitetsarbetet. Utöver detta anser de flesta medlemmarna att de har bra uppfattning om patientens krav och förväntningar på dem som vårdgivare samt att medlemmarna upplever att patienter är nöjda med den vård de får (figurer 10a-10b, bilaga 2).

Över hälften tycker att deras arbetsplats ger vård på patientens villkor. Barnmorskor är den grupp som främst sätter patienters villkor i centrum (8 av 10) medan medlemmarna som arbetar med kirurgiska specialiteter (5 av 10) upplever detta i mindre utsträckning (figur 10e,

bilaga x). Vidare är barnmorskorna (7 av 10) också den grupp som mest tycker att patienter är en del av vårdteamet, vilket medlemmarna som arbetar med barn och ungdom och medicinska specialiteter (6 av 10) håller med om fast i något mindre utsträckning (figur 12b). I övrigt anser omkring 5 av 10 medlemmar att patienter är en del av vårdteamet utom biomedicinska analytiker där anger 7 av 10 att patientomvårdnad inte är aktuell i deras yrkesroll.



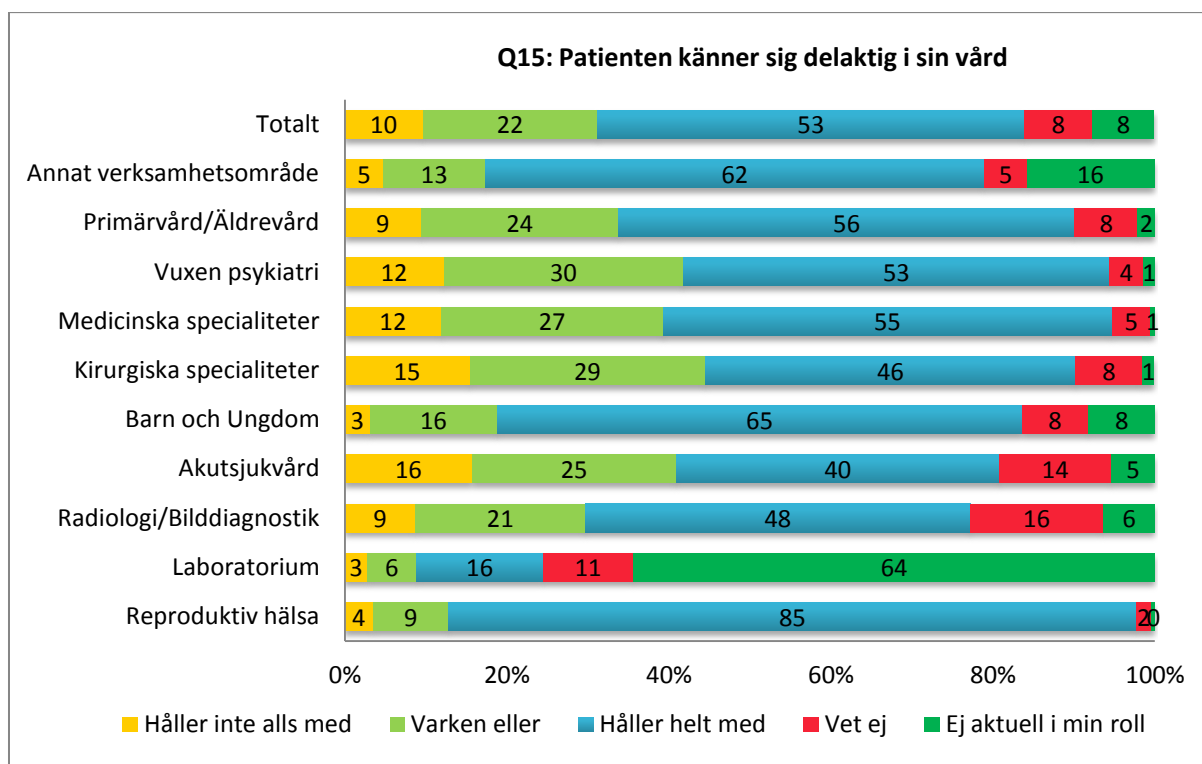
Figur 12a: Figuren visar hur medlemmarna upplever om de har tid till kvalitetssäkring och uppföljning av patientens analys- och behandlingsresultat.



Figur 12b: Figuren visar medlemmarnas anseende om patienten är en del av vårdteamet.

Generellt upplever de flesta medlemmarna att patienter får ett professionellt bemötande på deras arbetsplats samt att patienter sätts i fokus. Däremot anser medlemmarna inte i lika stor utsträckning att patienter känner sig delaktigt i sin vård förutom barnmorskor. Närmare 9 av 10 barnmorskor anser att patienter deltar i planering av dennas vård på deras arbetsplats jämfört med medlemmar inom övriga verksamhetsområden (figur 13).

Patientmiljö och omvårdnad är något som biomedicinska analytiker inte har mycket åsikt om eftersom områden inte direkt berör dem.



Figur 13: Figuren visar medlemmarnas inställning till patientens delaktighet i dennas vård.

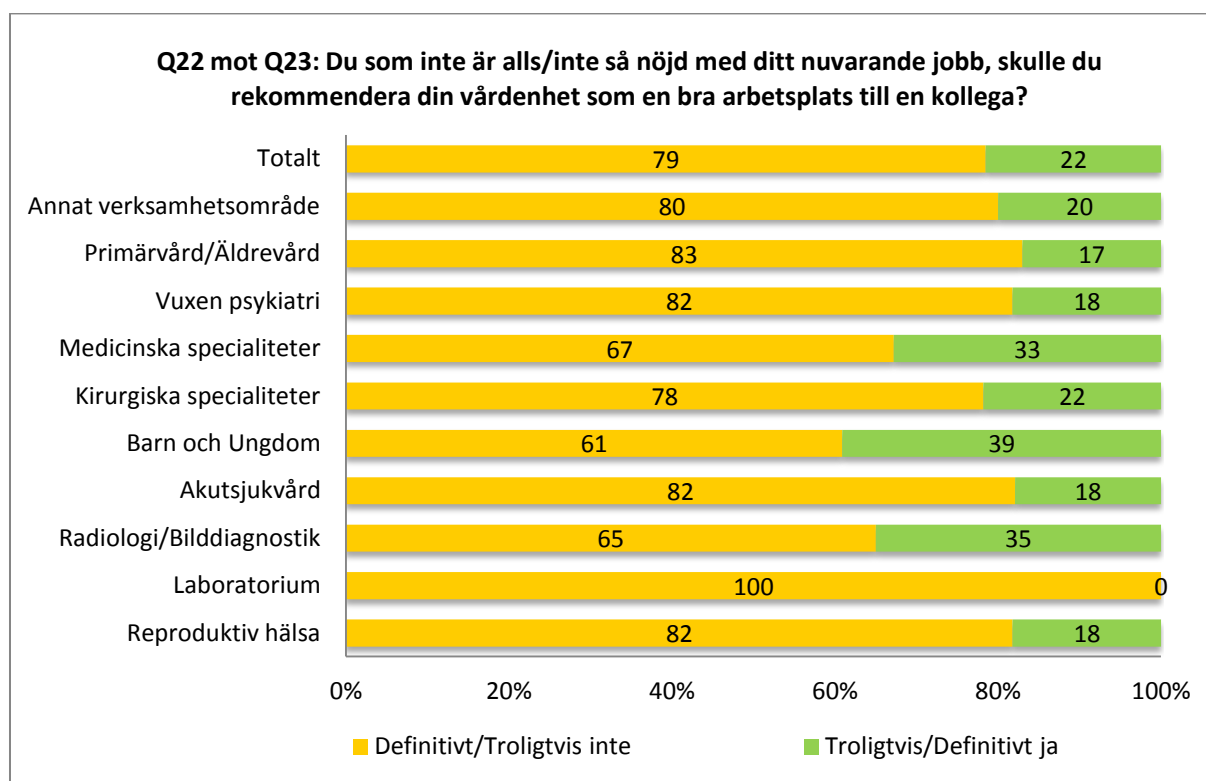
4.2.12 Medlemmar är nöjda med sina nuvarande jobb

Närmare 9 av 10 medlemmar uppger att de är nöjda med sina jobb. I en medlemsenkät från 1992 uppgav nästan alla medlemmar att de trivdes ganska bra eller utmärkt på sina jobb. Så det tycks vara en ihållande trend att medlemmarna faktiskt är nöjda med sina jobb, trots att det finns saker som kan bli bättre.

Generellt verkar det vara att om man inte är nöjd med sitt jobb så är man också mindre benägen att rekommendera sin arbetsplats till en kollega och tvärtom om man är nöjd med sitt jobb. En överväldigande del (94 procent) av medlemmar som är nöjda med sitt jobb skulle också rekommendera sin arbetsplats till en kollega. Inga stora skillnader finns mellan åldersgrupper och verksamhetsområden (figurer 18b, bilaga 2). Bland de 423 respondenterna som är missnöjda med sitt jobb så skulle 79 procent inte rekommendera sin arbetsplats till sin kollega (figur 14).

Vidare, är man nöjd med sitt arbete så är man givetvis mer benägen att rekommendera även sin vårdenhet till en kollega eller släkting i behov av vård. Möjligheter till utveckling i sitt

arbete, förtroende för chefer och tillvarata/ha rätta kunskaper och erfarenheter är viktiga för om medlemmarna är nöjda med sin arbetsplats eller inte.



Figur 14: Figuren visar om medlemmarna skulle rekommendera sin vårdenhet som en bra arbetsplats till en kollega trots att de inte är nöjda med sina jobb.

4.2.13 Omvårdnadskvalitet

Cirka 4 av 5 medlemmar anser att patienter får en god vård med hög kvalitet på sin vårdenhet. Medlemmar som arbetar inom reproduktiv hälsa och radiologi/bilddiagnostik betygsätter omvårdnadskvaliteten på sin arbetsplats högst jämfört med övriga medlemmar. Strax över hälften av biomedicinska analytikerna anser att omvårdnaden av patienter inte ingår i deras arbetsroll (figur 15).

På de arbetsplatser där medlemmarna anser sig ha den professionella kompetensen som behövs för att bedriva verksamheten samt för att möta patientens behov uppnås också en god omvårdnadskvalitet (figurer 12a-21b, bilaga 2). Detta ger en indikation på att personalens möjlighet till att uppnå en god omvårdnad är beroende av kompetens och utbildning.

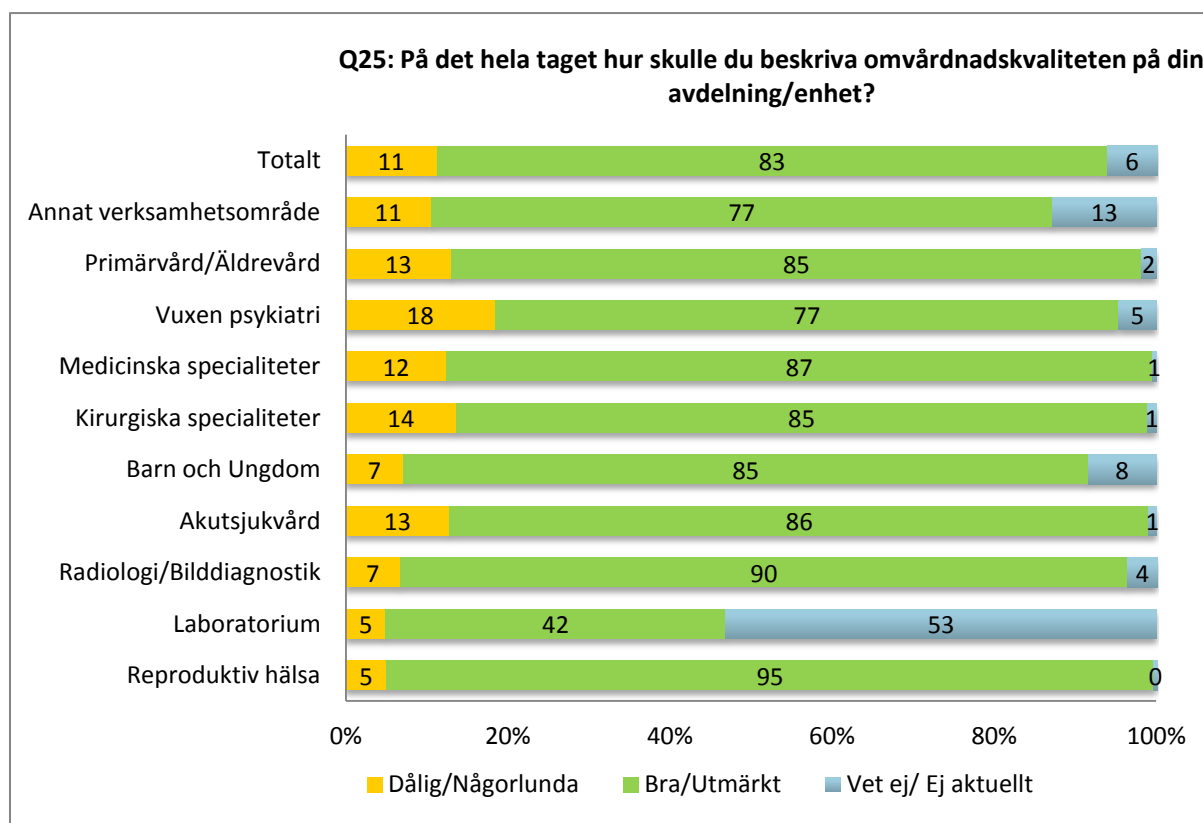
4.2.14 Patientsäkerhet

Trots att omvårdnadskvaliteten anses av medlemmarna vara hög på sin vårdenhet så upplever flera att patientsäkerheten inte lever upp till samma standard. Totalt anger drygt 5 av 10 medlemmar att patientsäkerheten är mycket bra eller utmärkt på sin arbetsplats medan 4 av 10 tycker att den är godtagbar. Medlemmar som arbetar med kirurgiska specialiteter tycker att patientsäkerheten är sämre på sin vårdenhet jämfört med medlemmar inom övriga verksamhetsområden. Det är också färre medlemmar som arbetar inom vuxenpsykiatrin, med

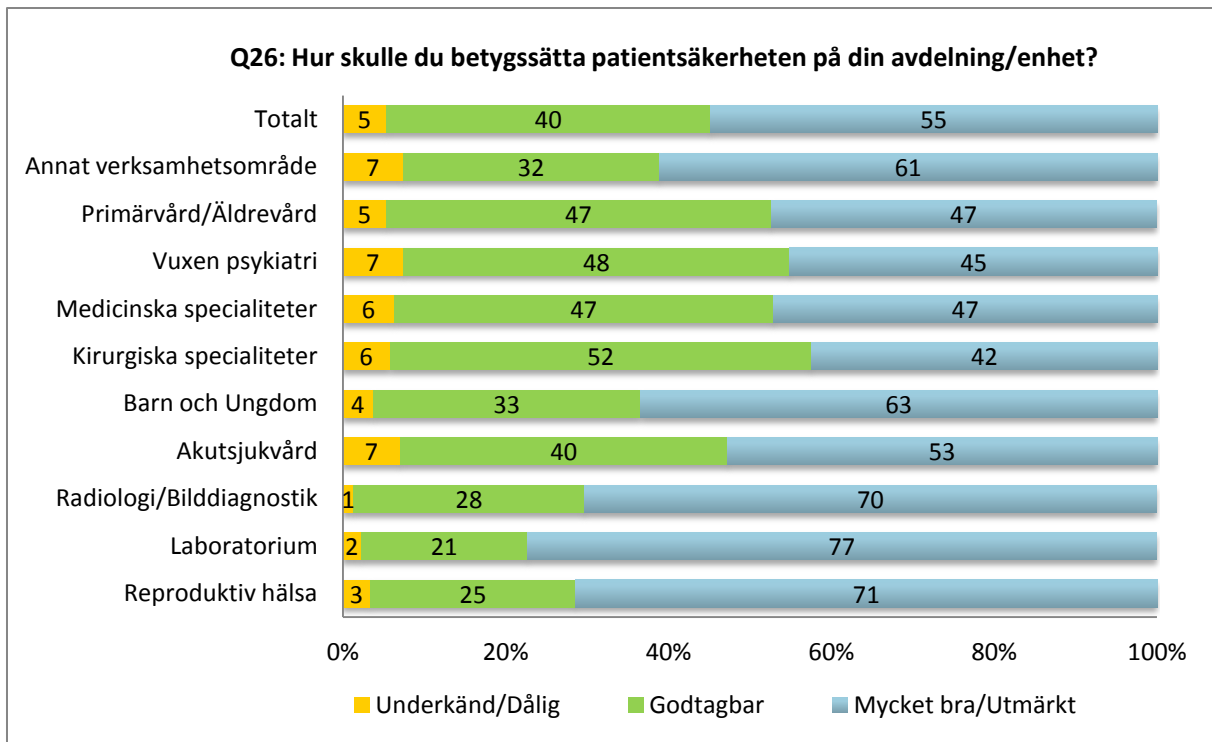
medicinska specialiteter och inom primär/äldreomsorg som tycker att deras arbetsplatser uppfyller det grundläggande kravet om en bra eller utmärkt patientsäkerhet. Däremot tycker fler än 9 av 10 biomedicinska analytiker att patientsäkerheten är bra eller utmärkt på sin arbetsplats (figur 16a).

Det förefaller naturligt att om man värderar patientsäkerheten högt på sin avdelning/enhet så är man också mer benägen att rekommendera vårdenheten till sina vänner och släktingar i behov av vård och vice versa. Bland de som anser att patientsäkerheten är endast godtagbar så rekommenderar 9 av 10 sin vårdenhet till sina vänner och släktingar i behov av vård. Detta skulle möjligtvis kunna förklaras med att man anser att omvårdnads kvaliteten är så pass hög att den överväger patientsäkerheten. Trots att 75 personer som anser att patientsäkerheten på sin vårdenhet är underkänd så skulle de rekommendera sin vårdenhet till sina vänner och släktingar i behov av vård (figur 16b). Inga skillnader mellan verksamhetsområden eller åldersgrupper bland de som tycker att patientsäkerheten är bra och som skulle rekommendera sin vårdenhet till vänner och släktingar.

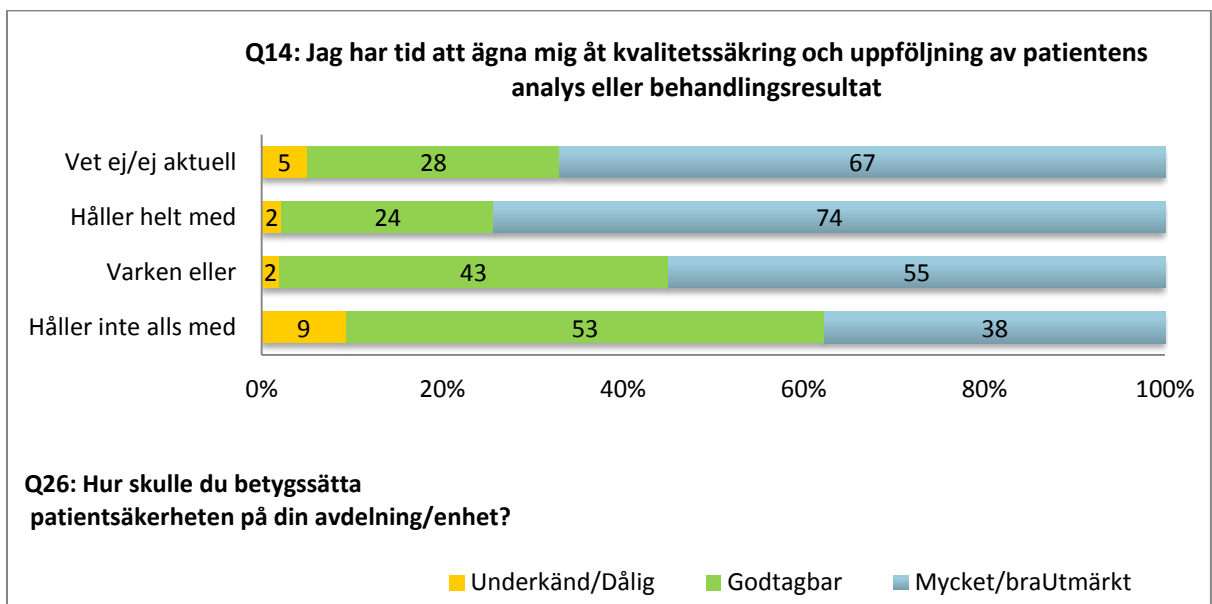
Det är också tydligt att se att på de arbetsplatser där medlemmarna har möjlighet att avsätta tillräckligt med tid för kvalitetssäkring och uppföljning av patientens analys- eller behandlingsresultat bidrar det också till ökad patientsäkerhet. Däremot på de arbetsplatser där medlemmarna saknar tid till kvalitetssäkring upprätthålls det också sämre patientsäkerhet.



Figur 15: Figuren visar hur medlemmarna betygsätter omvårdnads kvaliteten på sin arbetsplats.



Figur 16a: Figuren visar hur medlemmarna betygssätter patientsäkerheten på sin arbetsplats.



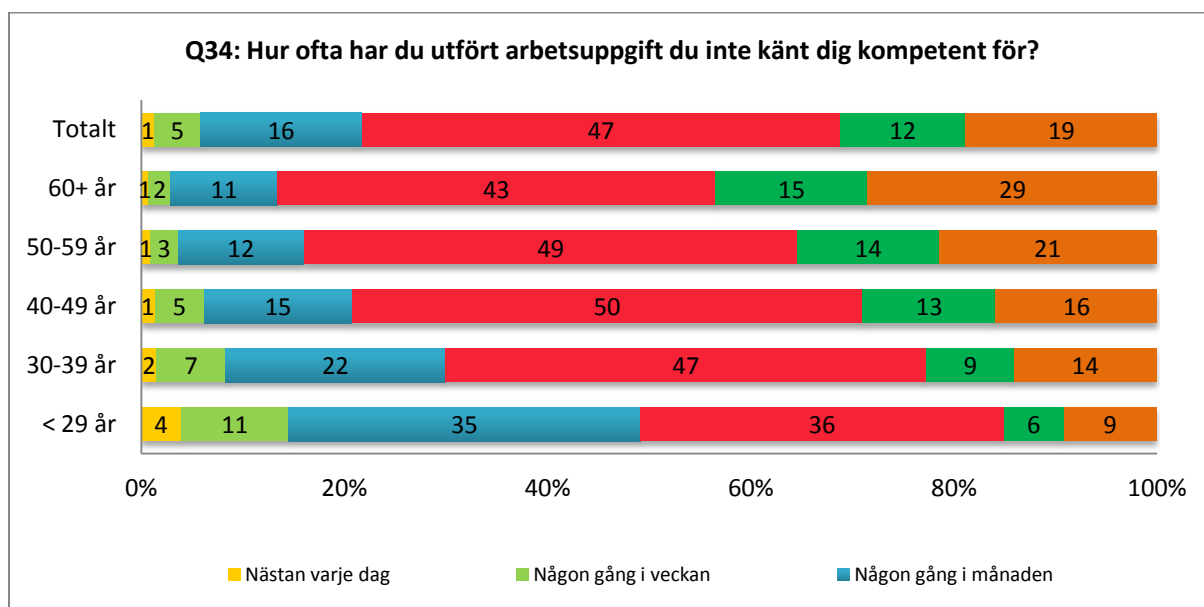
Figur 16b: Figuren visar hur medlemmarna upplever patientsäkerheten på sin arbetsplats i förhållande till om de har tid till kvalitetssäkring och uppföljning av patientens analys- och behandlingsresultat.

4.2.15 Moralisk stress

De flesta av respondenterna har minst en gång utfört arbetsuppgifter de inte känt sig kompetenta för. En minoritet på 19 procent (671) anser att de aldrig har gjort det. Medlemmar yngre än 29 år svarade i högre utsträckning att de gör det minst en gång i veckan eller månaden jämfört med övriga åldersgrupper. Däremot svarade medlemmarna äldre än 30 år i mycket högre utsträckning att de gör det minst en gång om året (figur 17). Motsvarande resultat gäller för frågan om respondenterna efter direktiv utfört analyser, undersökningar eller behandlingar som de tyckte var onödiga (figur 29a, bilaga 2).

Medlemmar anser att de i huvudsak följer yrkets etiska kod, endast 3 procent (111) anser att de gör det nästan varje dag eller någon gång i veckan (figur 2b, bilaga 2).

Så många som 6 av 10 medlemmar har svårt att sova på grund av att tankar på jobbet håller de vaken någon gång i månaden eller året. Var tionde medlem gör det någon gång i veckan (figur 29c, bilaga 2). Detta medan nästan 5 av 10 medlemmar har svårt att koppla bort tankarna på jobbet på sin fritid någon gång i veckan eller månaden. Närmare 300 medlemmar gör det nästan varje dag (figur 29d, bilaga 2).



Figur 17: Figuren visar hur medlemmarna upplever om de utsätts för att göra de arbetsuppgifter de inte känt sig kompetenta för.

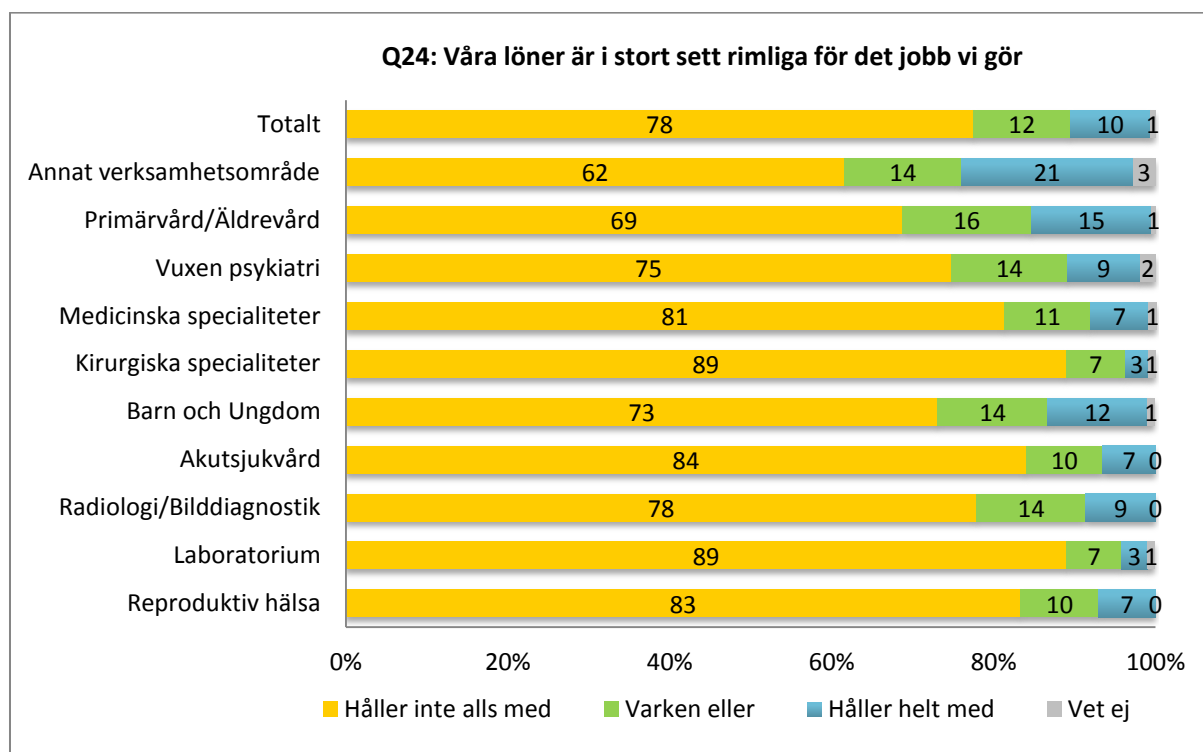
4.3 Delmål 2: Vad har medlemmarna för behov av resurser och förutsättningar för sitt arbete/sin uppgift/sin utveckling?

4.3.1 Resurser

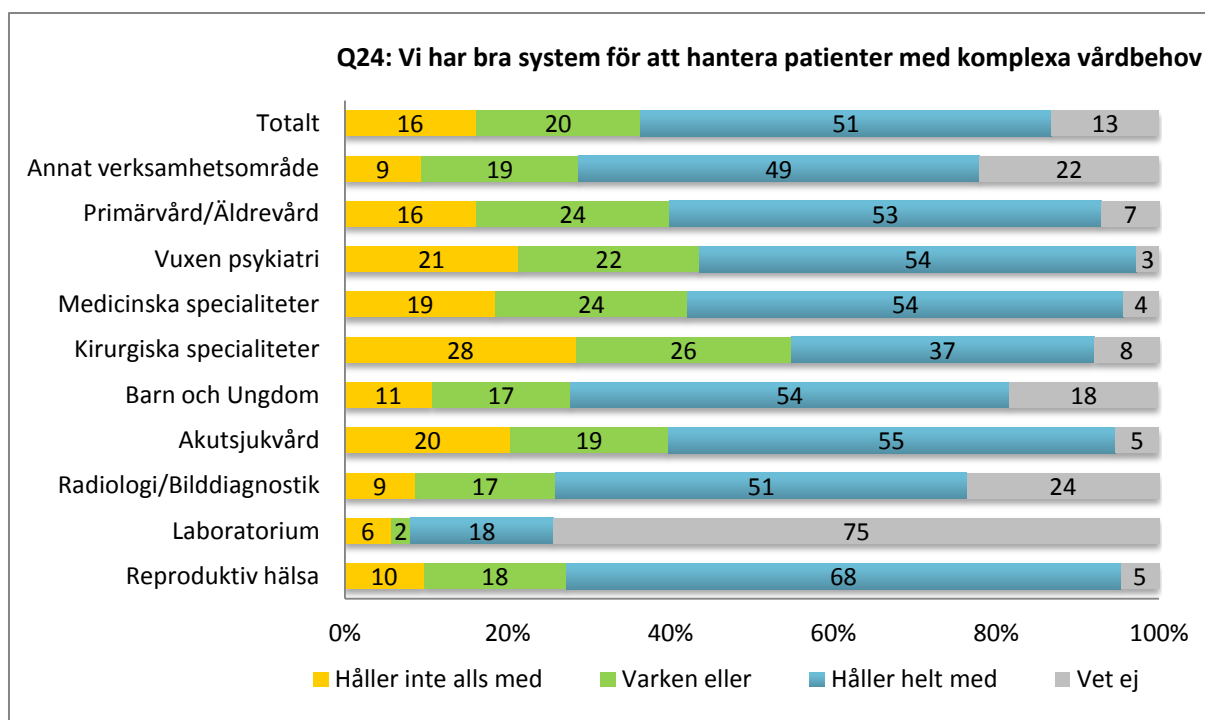
En överväldigande majoritet (8 av 10) anser att personalens kunskap motsvarar verksamhetens behov. Dock håller inte sjuksköterskor som arbetar inom primär-/äldreården och vuxenpsykiatri med om detta i samma utsträckning som övriga grupper (7 av 10). Mest positivt ställda till frågan är medlemmar som arbetar inom laboratorium och reproduktiv hälsa (9 av 10, figur 19a, bilaga 2). Däremot tycker 8 av 10 medlemmar att lönen inte är rimlig i förhållande till det jobb de utför (figur 18a). Mest missnöjd med lönen är medlemmar som arbetar inom laboratorium och med kirurgiska specialiteter (9 av 10).

Biomedicinska analytikerna svarade också i lägre utsträckning att de har bra system för information till patienter/anhöriga (3 av 10) och bra system för att hantera patienter med komplexa behov (2 av 10). Endast 4 av 10 medlemmar som arbetar med kirurgiska specialiteter anger att de har ett bra system för hantering av patienter med komplexa vårdbehov (figur 18b).

Detta medan 7 av 10 barnmorskor anser att de har det. Det visar också så många som 8 av 10 barnmorskor tycker att de har ett bra informationssystem till patienter och anhöriga (figur 19f, bilaga 2).



Figur 18a: Figuren visar medlemmarnas uppfattning om deras lön.

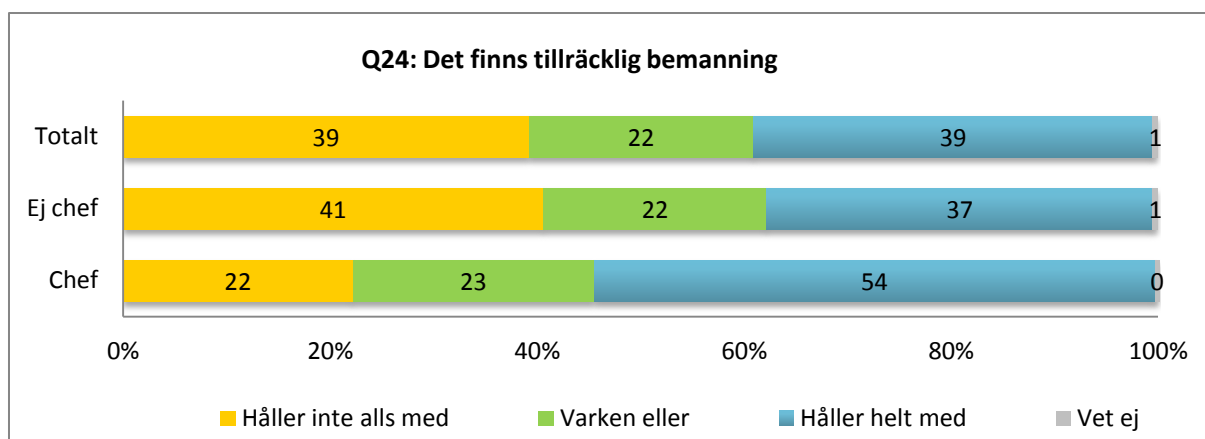


Figur 18b: Figuren visar medlemmarnas uppfattning om sin arbetsplats har bra system för hantering av patienter med komplexa vårdbehov

Omkring hälften av medlemmarna instämmer att finns tillräckliga resurser så som utrustningar och bäddar (figur 19c, bilaga 2). Detta medan cirka en fjärdedel inte håller med om och resterande som tycker att det varken finns mer eller mindre resurser på sin arbetsplats samt en liten andel som svarade 'vet ej' på frågan. Däremot är det färre medlemmar som upplever att det finns tillräckligt bemanning på alla verksamhetsområden, främst på medicinska och kirurgiska avdelningar, där anser omkring 3 av 10 att det finns tillräckligt med personal (figur 19b, bilaga 2).

Den fysiska och ergonomiska arbetsmiljön är överlag ganska dålig. Strax under hälften av medlemmarna instämmer att det råder en god ergonomisk och fysisk arbetsmiljö på deras arbetsplats förutom de som arbetar inom akutsjukvården och på kirurgiska avdelningarna, där upplever endast 3 av 10 medlemmar att den ergonomiska och fysiska arbetsmiljön är god (figur 19d, bilaga 2). Så gott som 6 av 10 anser att läkare är en del av teamet med undantag för biomedicinska analytiker varav endast 5 av 10 instämmer. Bäst samarbete med läkare har medlemmar som arbetar med barn och ungdom (7 av 10, figur 19e, bilaga 2).

Underbemanning av personal är en av de saker som cheferna inte riktigt håller med sina medarbetare om (figur 18c). Mer än hälften av cheferna tycker att det finns tillräckligt med personal jämfört med icke-chefer (37 procent). Cheferna tycker också i större utsträckning att det finns tillräckliga resurser och att den ergonomiska och fysiska arbetsmiljön är god på arbetsplatsen (figurer 20a-20c, bilaga 2).



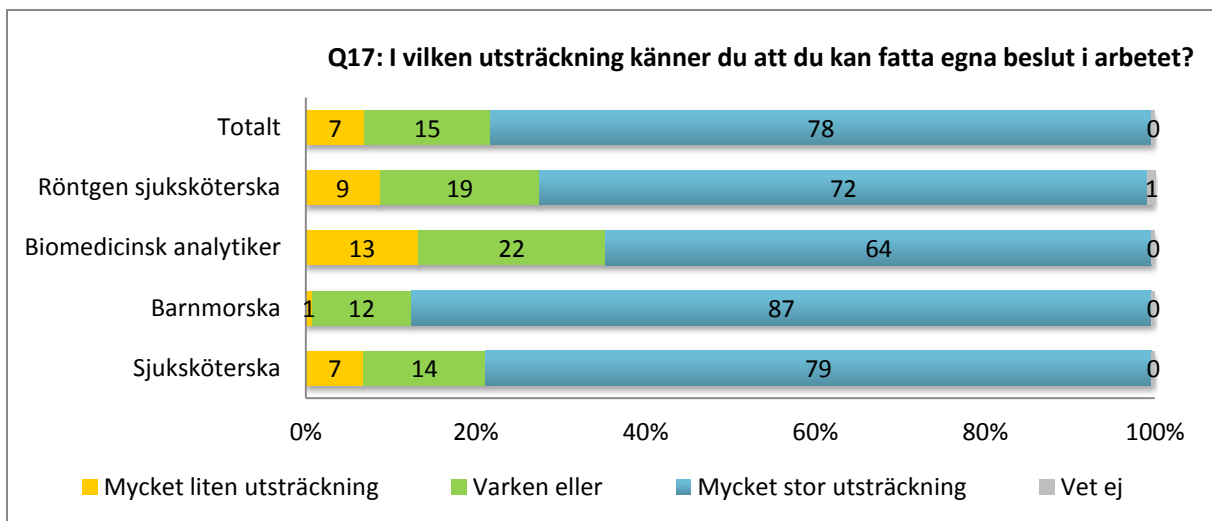
Figur 18c: Figuren visar hur medlemmarna upplever om det finns tillräcklig bemanning på sin arbetsplats.

4.3.2 Befogenhet och inflytande

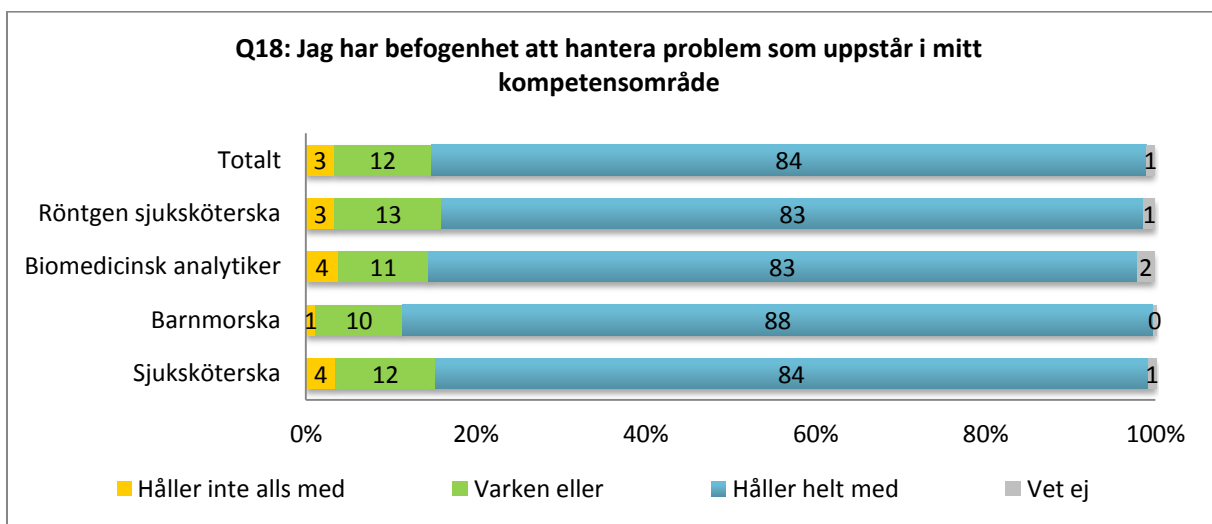
Generellt anser 8 av 10 medlemmar ha tillräckliga befogenheter att fatta egna beslut i arbetet och att hantera problem som uppstår inom sitt kompetensområde (figur 19- 20) . Det råder även ett öppet klimat, gott samarbete mellan kollegorna och tydligt ansvar om problemlösning och hantering av misstag som uppkommer på arbetsplatsen (figurer 13a-13e, bilaga 2).

Omkring hälften av medlemmarna anser att de har inflytande över deras arbetspass förläggning, semester, paus i arbete, arbetstid, arbetsuppgifter, arbetsplanering och förbättringar på arbetsplatsen. Barnmorskor svarade i mindre utsträckning att de kan påverka sin semester och när de tar paus i arbetet men i övrigt har de större inflytande än övriga grupper. Yngre medlemmar under 29 år har generellt minst inflytande över hur arbetet bedrivs på arbetsplatsen (figurer 16a-16i, 17a-17i, bilaga 2). Däremot anser cheferna i högre utsträckning att de kan påverka olika saker, t.ex. när de tar semester, verksamhetens planering, hur arbetet organiseras och planeras.

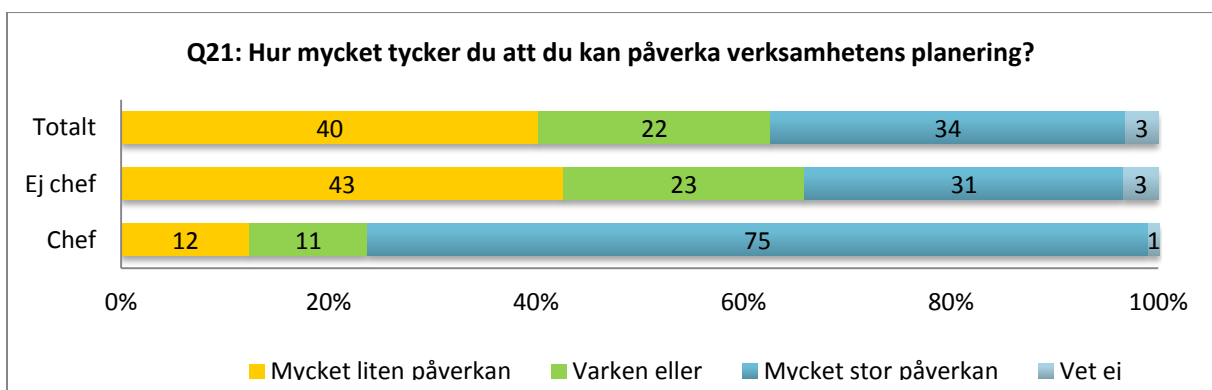
Budgetarbetet är något medlemmarna har minst inflytande över, endast 1 av 10 upplever att de är involverade. Däremot har chefer större inflytande över budgetarbetet (6 av 10) jämfört med icke-chefer (figur 21b). Verksamhetsplanering är inte heller något som medlemmar kan påverka i stor utsträckning (3 av 10) jämfört med närmaste chefer (8 av 10, figur 21a). Att medarbetarna får vara med i verksamhetsplaneringen är en viktig fråga för Vårdförbundet.



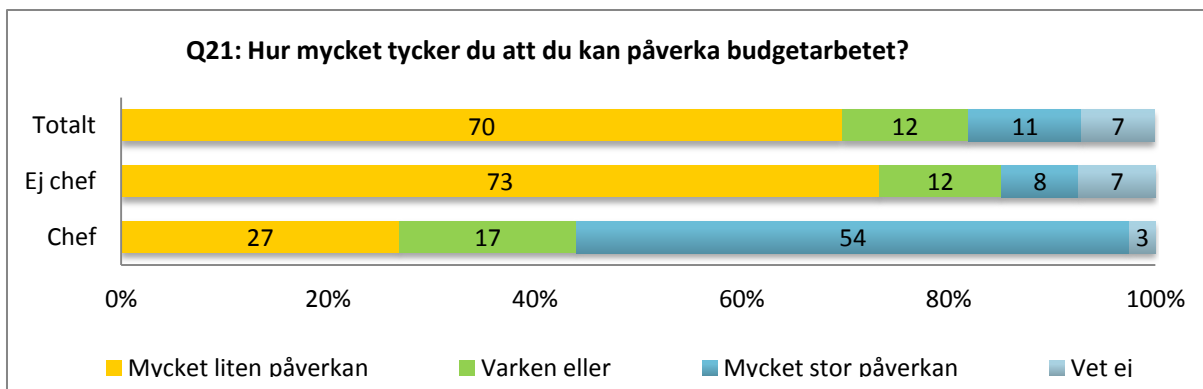
Figur 19: Figuren visar i vilken utsträckning medlemmarna kan fatta egna beslut i arbetet.



Figur 20: Figuren visar medlemmarnas uppfattning om sin befogenhet att hantera problem som uppstår i sitt kompetensområde.



Figur 21a: Figuren visar hur medlemmarna upplever att de kan påverka verksamhetsplaneringen.

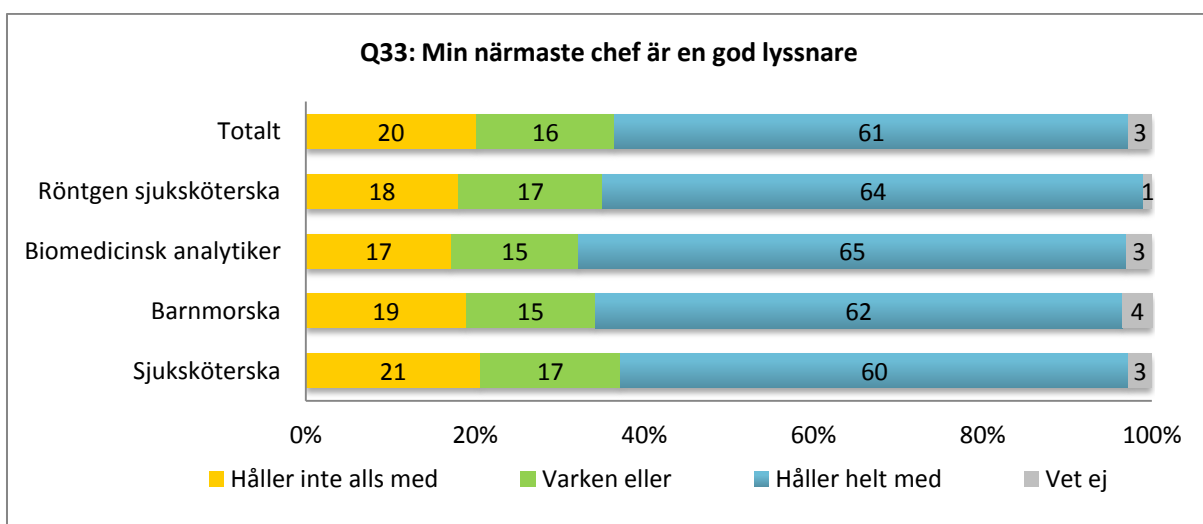


Figur 21b: Figuren visar hur medlemmarna upplever att de kan påverka budgetarbetet.

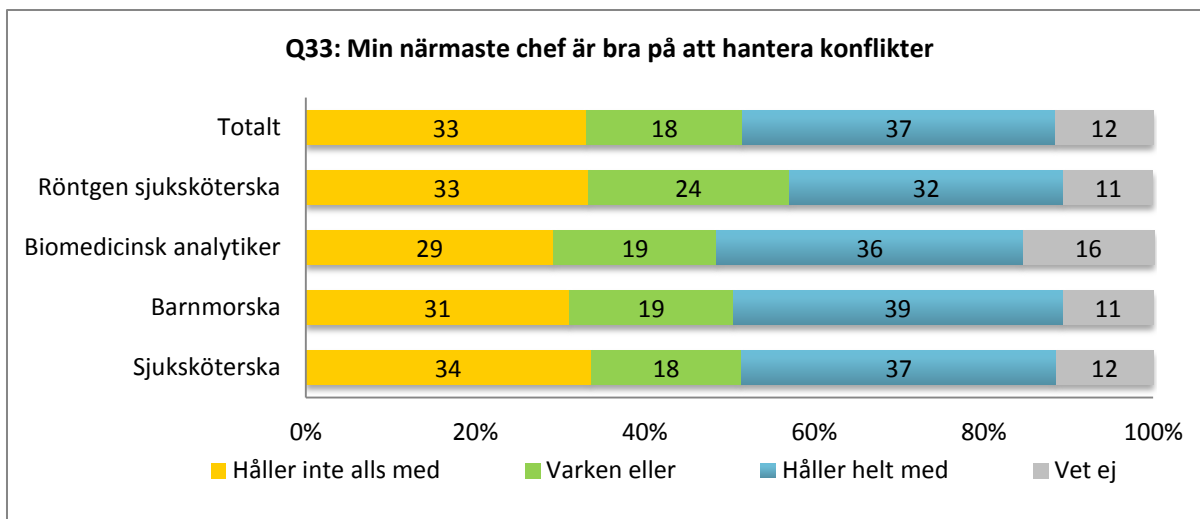
4.3.3 Ledarskap

Knappt hälften av medlemmarna instämmer i påstående om att deras närmaste chef är bra på att ge feedback/uppskattning, kommunicerar en inspirerande framtid för arbetsplatsen, bra på att förklara varför saker och ting bedrivs på ett visst sätt, bra på att förklara hur förändringar som sker på arbetsplatsen påverkar medarbetarna, försöker förbättra arbetsmiljön och uppmuntrar medarbetarnas åsikter om arbetssätten. Vidare tycker 5 av 10 medlemmar att deras närmaste chef är en god inspiratör (och ser till att de saker som är bestämda genomförs (figurer 28a-28h, bilaga 2). Samtidigt som 6 av 10 medlemmar tycker att sin närmaste chef är en god lyssnare (figur 22a) men är sämst på att hantera konflikter på arbetsplatsen (4 av 10, figur 22b), främst enligt röntgensjuksköterskorna (3 av 10).

Trots att närmaste chefen tycks saknas starkt ledarskap så har 6 av 10 medlemmarna mycket större förtroende för denna än för chefer i högre nivåer (4 av 10) och ledningen (3 av 10).



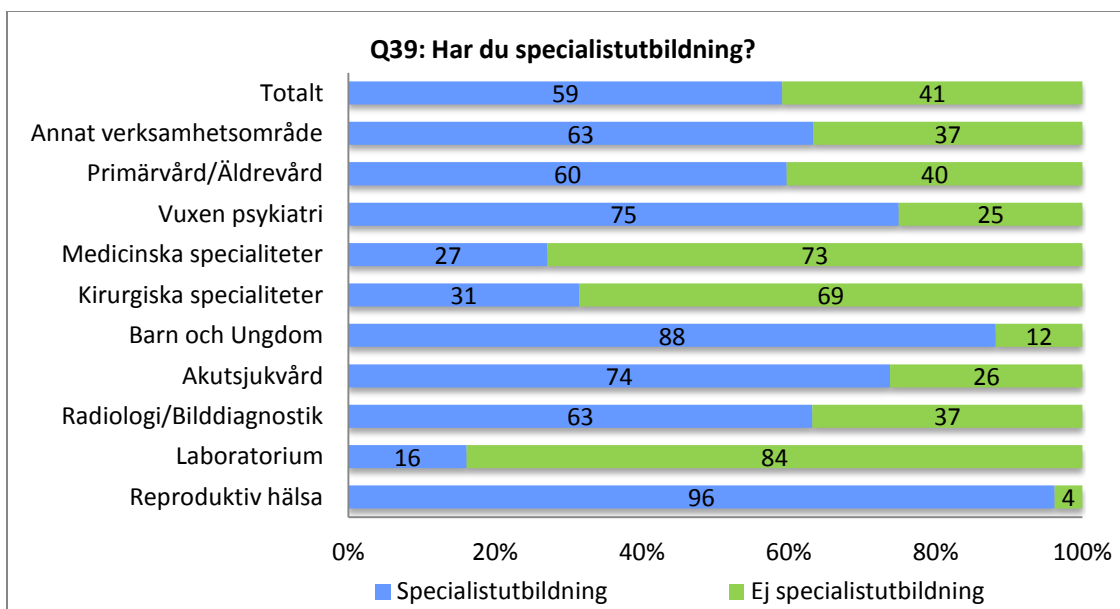
Figur 22a: Figuren visar medlemmarnas uppfattning om sin närmaste chef är en god lyssnare.



Figur 22b: Figuren visar hur medlemmarnas uppfattning om sin närmaste chef är bra på att hantera konflikt på arbetsplatsen.

4.3.4 Utbildning och kompetensutveckling

Eftersom frågan om medlemmar har en specialistutbildning inte var väl definierad, är det svårt att avgöra om medlemmarna uppfattade frågan som om de har specialistutbildning för de nuvarande arbetsuppgifterna eller om de har en specialistutbildning oavsett om de nu arbetar inom det specialistområde de har utbildat sig till. Mellan 20 – 40 procent av medlemmar som arbetar inom radiologi/bilddiagnostik, vuxenpsykiatri och akutsjukvård uppger att de inte har en specialistutbildning. Endast 4 procent av respondenterna som arbetar inom reproduktiv hälsa uppger att de inte har en specialistutbildning (figur 23).



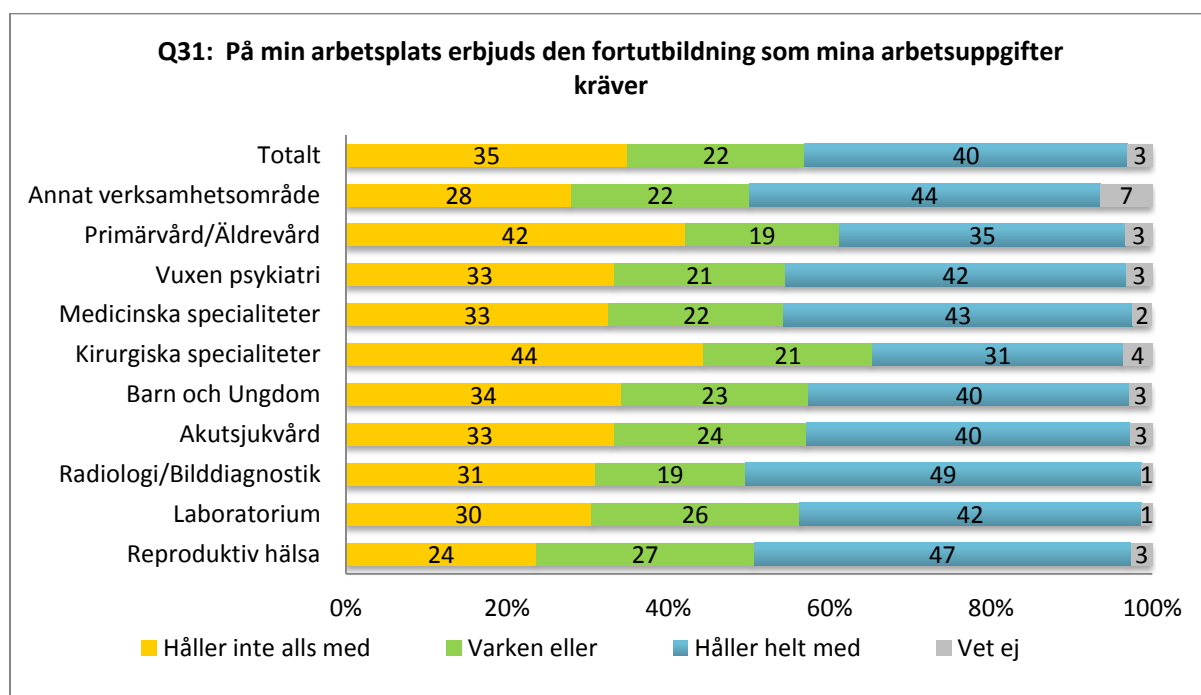
Figur 23: Figuren visar hur många medlemmar som har en specialistutbildning.

Majoriteten (9 av 10) av medlemmar tycker att de ha nytta av sin utbildning i deras nuvarande jobb (figur 26a, bilaga 2). Så gott som samtliga medlemmar inom reproduktiva hälsan upplever att de har mest nytta av sin utbildning än övriga medlemmar. Däremot tycker endast

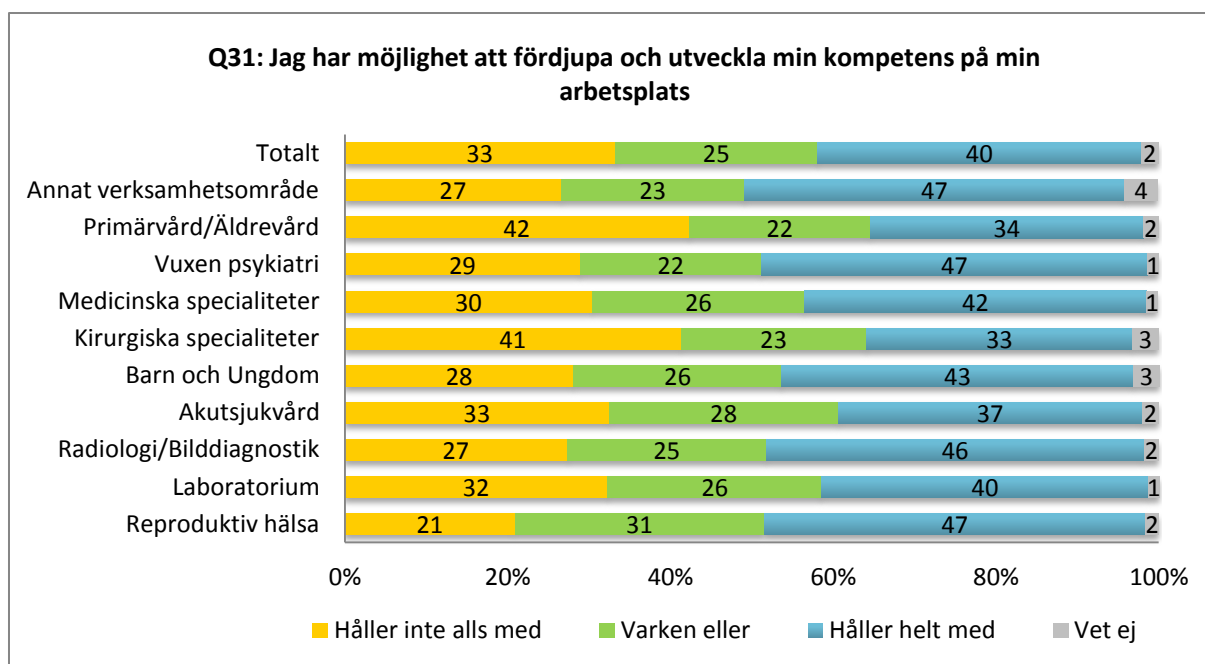
hälften att utifrån nuvarande jobb motsvaras utbildningen vad de har förväntat sig (figur 26b, bilaga 2).

Möjlighet att fördjupa och utveckla kompetens på arbetsplatsen är tyvärr begränsad samt att fortbildning som krävs för att medlemmarna ska kunna utföra sina arbetsuppgifter erbjuds sällan (figurer 24a-24b). Endast 3 av 10 medlemmar som arbetar med kirurgiska specialiteter anser att fortbildningen erbjuds på deras arbetsplats. Samtidigt anser 15 procent att de behöver komplettera sin utbildning för att utvecklas. Sjukköterskor som arbetar på kirurgin svarade i större utsträckning att de behöver komplettera sin utbildning. I motsatsen håller endast 5 procent av biomedicinsk analytiker med om att de behöver komplettera sin utbildning (figur 24d).

En annan aspekt av utveckling är om man lär sig nya saker på sitt jobb och omkring 9 av 10 medlemmar uppger att de hela tiden lär sig nya saker i jobbet (figur 26c, bilaga 2). Däremot anser 6 av 10 att de har kontinuerligt erfarenhetsutbyte med kollegor och andra yrkesgrupper på sin arbetsplats (figur 26f, bilaga 2). Detta anser endast 5 av 10 biomedicinska analytiker att det sker på sin arbetsplats.



Figur 24a: Figuren visar medlemmarnas uppfattning om den fortutbildning som erbjuds på arbetsplatsen.

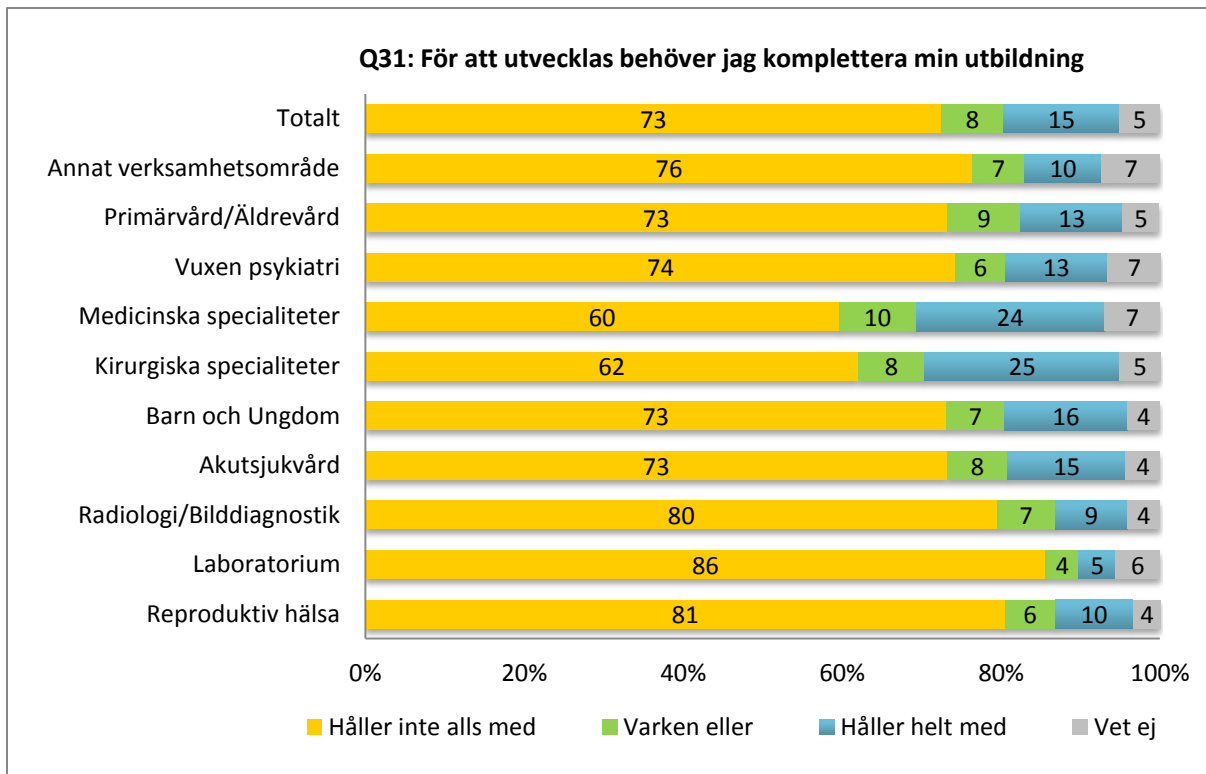


Figur 24b: Figuren visar hur medlemmarna upplever möjligheten att fördjupa och utveckla sin kompetens på arbetsplatsen.

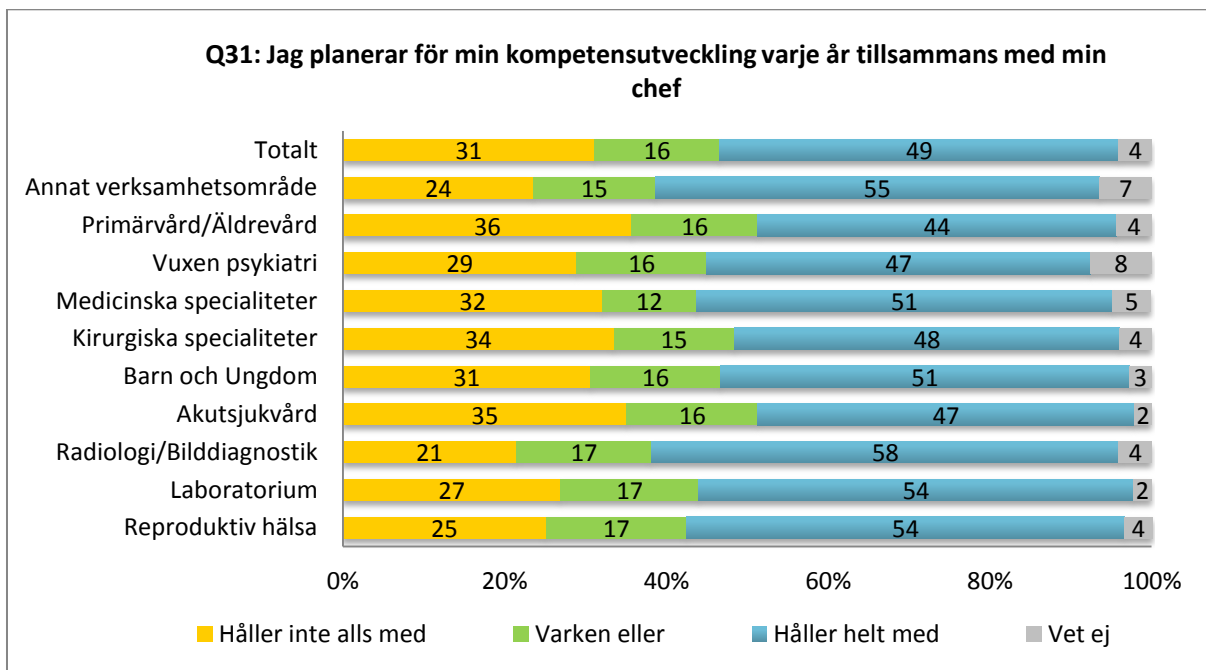
Cirka hälften av medlemmarna planerar sin kompetensutveckling varje år tillsammans med sin chef (figur 24c). Bland 1730 medlemmar som har årliga utvecklingssamtal med sin chef så tycker också 72 procent (1243) att deras chef ser till att saker som bestäms genomförs. På de arbetsplatser där det tvärtom inte finns en öppen dialog mellan närmaste chefen och medarbetaren om dennas kompetensutveckling så tycker inte heller en stor andel av medlemmarna att deras närmaste chef ser till att saker som bestäms genomförs. Cirka 37 procent (389) uppger dock att de inte planerar sin årliga kompetensutveckling med sin chef men anser ändå att chefen genomför saker som bestäms. Detta kan tolkas som att om man tillsammans med sin närmaste chef kommer överens om en plan om vilka kunskaper som behöver utvecklas så ser chefen till att det ligger i deras roll att det finns utrymme och resurser för att förverkliga den, men att det största ansvaret för kompetensutveckling ligger hos medlemmarna själva.

Strax över hälften av medlemmarna anger att de skulle söka specialistutbildning om det finns i deras område. Medlemmarna som arbetar inom akutsjukvård, barn och ungdom och med medicinska specialiteter anser i större utsträckning att de vill specialisera sig (ca 6 av 10).

I frågan om medlemmarna tycker det är eller skulle vara värdefullt med specialistutbildning inom det område de är verksamma i fås varierande svar. Nio av tio medlemmar som arbetar med barn och ungdom tycker att specialistutbildning är relevant. Det är också 6 av 10 medlemmar som arbetar inom reproduktiv hälsan som samtycker.



Figur 24c: Figuren visar hur medlemmarna upplever om de behöver komplettera sin utbildning.



Figur 36: Figuren visar medlemmarnas uppfattning om de planerar årlig kompetensutveckling tillsammans med sin chef.

4.3.5 Tillämpning av nya forskningsrön och nya kunskaper via vetenskapliga tidsskrifter

Drygt 40 procent av medlemmarna läser vetenskapliga artiklar inom sitt huvudområde eller använder nya forskningsrön på sin arbetsplats (figur 25e, bilaga 2). Medlemmar som arbetar med kirurgiska specialiteter anser sig vara sämst på att läsa vetenskapliga artiklar och tillämpa nya forskningsrön på arbetsplatsen (figur 25b, bilaga 2).

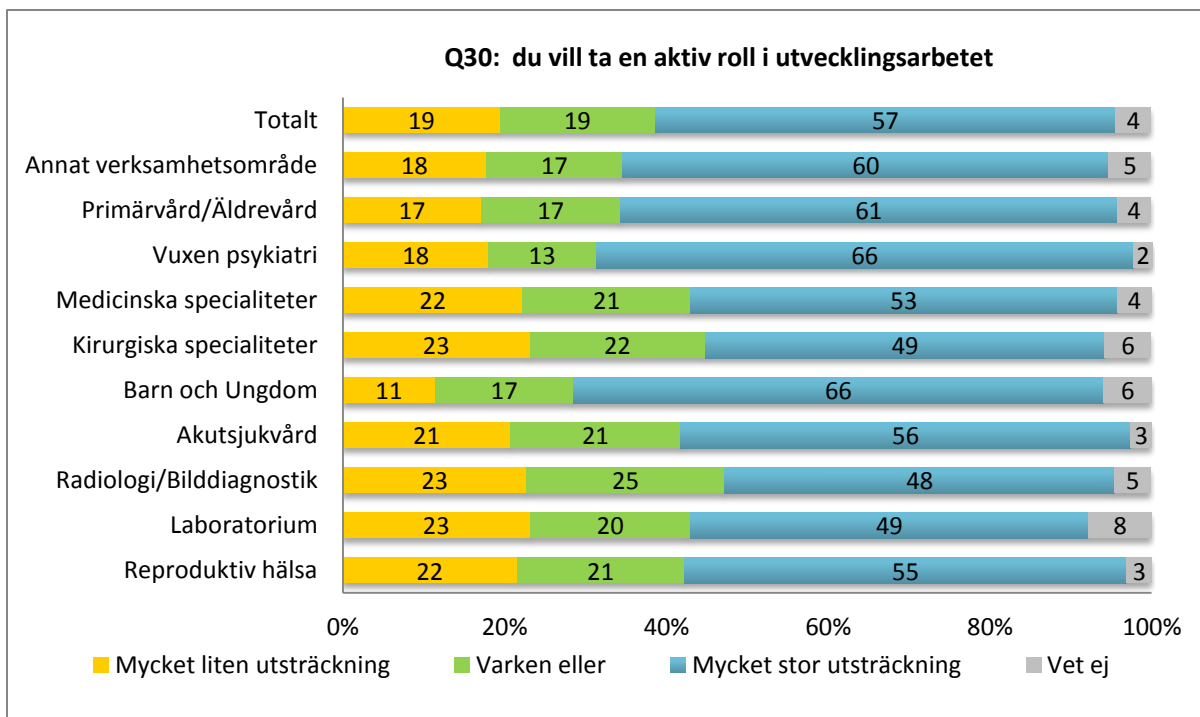
Tiden verkar vara ett hinder för att medlemmarna ska ha möjlighet att hålla sig ajour med vad som händer med utveckling inom deras område. Av 1504 medlemmar som anser sig ha tid att göra det de vill på sin arbetsplats läser nästan hälften vetenskapliga artiklar medan 28 procent gör inte det, vilket kan bero på andra faktorer än att de inte har tid till det. Däremot får man inte tiden att räcka till så hinner man inte heller ta till sig nya kunskaper om nya forskningar. Ett mindre antal på 488 medlemmar läser ändå vetenskapliga artiklar trots att de inte har tid att hinna med det de vill göra på jobbet. Ytterligare 297 medlemmar som varken håller med om de har tid eller inte har tid läser också vetenskapliga artiklar.

Motsvarande resultat gäller för frågan om medlemmarna använder nya forskningsrön på sin arbetsplats. Där svarade mer än hälften av dem som har tid (791 av 1386) att de gör det. Det finns alltså ett behov hos medlemmarna att hålla sig uppdaterade på forskningsfronten på arbetstid.

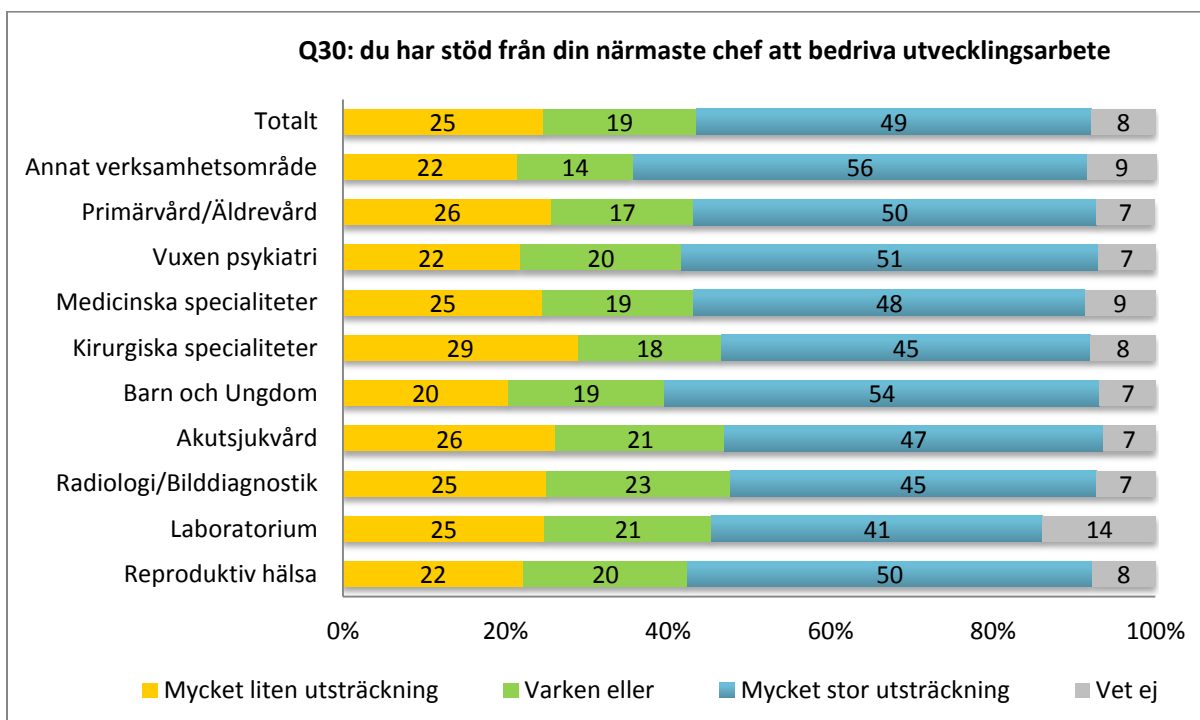
4.3.6 Vill/kan bedriva utvecklingsarbete och får stöd från chefen

Strax över hälften av medlemmarna uppger att de vill ta en aktiv roll i att bedriva utvecklingsarbete (figur 25a). Därtill anser drygt hälften av medlemmarna att de har kunskapen och att det ligger i deras roll att bedriva utvecklingsarbete (figur 25c, bilaga 2). Medlemmar som arbetar med barn och ungdom samt inom vuxen psykiatri är mer benägna att ha en aktiv roll och bedriva utvecklingsarbete (7 av 10). Detta medan knappt hälften av medlemmarna uppger att de i stor utsträckning känner stöd från sin närmaste chef att bedriva utvecklingsarbete (figur 25b). Bland medlemmar som vill bedriva utvecklingsarbete och kan upplever 7 av 10 att de har stöd från sin närmaste chef. Detta innebär att de som faktiskt vill och kan upplever att de har starkare stöd från sina chefer. De som inte vill och har kunskap känner heller inte att de har stöd från chefen.

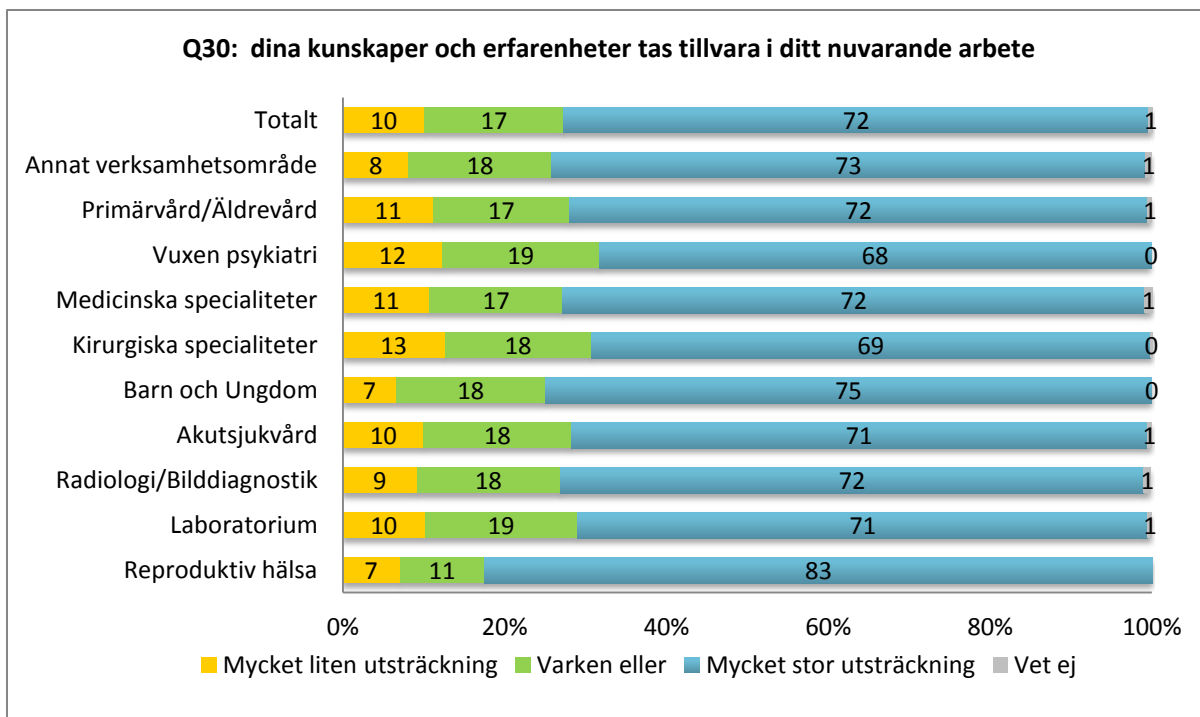
Medlemmar som arbetar inom barn och ungdomsverksamheten tycker i största utsträckning (8 av 10) att de utvecklas i arbetet (figur 25a, bilaga 2) samt utvecklar arbetet jämfört med medlemmar inom övriga verksamhetsområden (figur 25f, bilaga 2). I frågan om det ligger i respondenternas roll att utveckla vården, svarade strax över hälften att de gör det (figur 25d, bilaga 2).



Figur 25a: Figuren visar i vilken utsträckning medlemmarna vill ha en aktiv roll i utvecklingsarbetet.



Figur 25b: Figuren visar i vilken utsträckning medlemmarna upplever stödet från sin närmaste chef för att bedriva utvecklingsarbetet.



Figur 25c: Figuren visar i vilken utsträckning medlemmarna anser att deras kunskaper och erfarenheter tas tillvara i deras nuvarande arbete.

4.3.7 Kunskap används fullt ut

Drygt 70 procent av medlemmarna anser att deras kunskaper och erfarenheter tas tillvara (används fullt ut) i nuvarande arbete. Medlemmar som arbetar inom vuxen psykiatri och med kirurgiska specialiteter (7 av 10) anser i mindre utsträckning att deras kunskaper och erfarenheter tas tillvara till fullo jämfört med 8 av 10 medlemmar inom reproduktiv hälsa (figur 25c). Chefer anser däremot i högre utsträckning att deras potential tas tillvara (figur 25g, bilaga 2). Sammanlagt uppgav 17 procent av medlemmar att deras kunskap tas tillvara i varken stor eller liten utsträckning. Samtidigt anger 10 procent att erfarenheter och kunskaper tas tillvara i mycket liten utsträckning i deras nuvarande arbete.

4.4 Delmål 3: Klargöra hur medlemmarna uppfattar vårdens uppdrag och mål/måluppfyllelse för att hitta strategiska områden för utveckling och förbättring.

4.4.1 Uppfattningar om vårdens utveckling i Sverige

Över hälften av medlemmarna anser att vården i Sverige fungerar mycket bra, medlemmar som arbetar inom reproduktiv hälsa är mest positiva. Däremot tycker medlemmarna som arbetar inom vuxenpsykiatri i mindre utsträckning att vården i Sverige är bra (figur 5, bilaga 2).

Det är 21 procent (749) som tycker att vården i Sverige utvecklas i rätt riktning och i rätt takt. Däremot tycker cirka 16 procent (553) att vården är på väg att utvecklas i fel riktning och att den inte fungerar som den borde idag. Vidare tycker 10 procent (342) att vården i Sverige har varit bättre och den är på väg att utvecklas i fel riktning. Endast 1 procent (21) som tycker att vården har problem men på väg att förbättras (figur 26). Slutsatsen som dras är att ifall respondenterna har en positiv syn på hur vården i Sverige fungerar så anser man även att vården i Sverige utvecklas i rätt riktning och vise versa.

4.4.2 Uppfattningar om vårdens utveckling på arbetsplats

Fler än varannan medlem som besvarade enkäten tycker att sin arbetsplats lever upp till vision om en god vårdmiljö. Trots att biomedicinska analytiker inte tycker i övriga frågor att omvårdnad och patientkontakt berör dem uppfattar 6 av 10 biomedicinska analytiker att deras arbetsplats lever upp till vision om en god vårdmiljö. Medlemmar som arbetar med kirurgiska specialiteter tycker däremot i mindre utsträckning att deras arbetsplats lever upp till vision om en god vårdmiljö (figur 8, bilaga 2).

Vården utvecklas i rätt riktning	Vården har problem, vägen är rätt 0.5% (21)	4.5% (159)	Rätt väg i rätt takt 21% (749)
Varken eller	3% (115)	15% (530)	13% (457)
Vården utvecklas i fel riktning	Vården har problem och de löses inte av dagens ledare 16% (553)	17% (591)	Vården var bra, men fel utveckling 10% (342)
	Vården fungerar inte som den borde	Varken eller	Vården fungerar som den borde

Figur 26: Figuren visar hur medlemmarna upplever vårdens utveckling i Sverige och om den lever upp till den bild medlemmarna tycker den borde vara.

En andel på 38 procent (1307) tycker att de förändringar som skett på sin arbetsplats de senaste åren har lett till att vårdmiljön utvecklas i rätt riktning samt att deras arbetsplats lever upp till en god vårdmiljö. Däremot tycker 14 procent (478) att de förändringar som skett på sin arbetsplats de senaste åren inte handlar om vårdmiljön och att deras arbetsplats inte lever upp till vision om en god vårdmiljö. Endast 1 procent (28) som anser att vårdmiljön på sin arbetsplats har varit sämre men den är på väg att förbättras. 8 procent (269) tycker att sin arbetsplats lever upp till en god vårdmiljö och att förändringarna som skett på arbetsplatsen de senaste åren har en annan fokus än att förbättra vårdmiljön (figur 27).

Avdelningen utvecklas mot bättre vårdmiljö	Vården har problem, vägen är rätt 1% (28)	5.5% (191)	Rätt väg i rätt takt 38% (1307)
Varken eller	2% (84)	11% (367)	11.5% (399)
Förändringar som görs handlar inte om vårdmiljön	Vården har problem och de löses inte av dagens organisation 14% (478)	10 % (351)	Försämras 8% (269)
	Avdelningen lever inte upp till vision om en god vårdmiljö	Varken eller	Min avdelning är exemplarisk

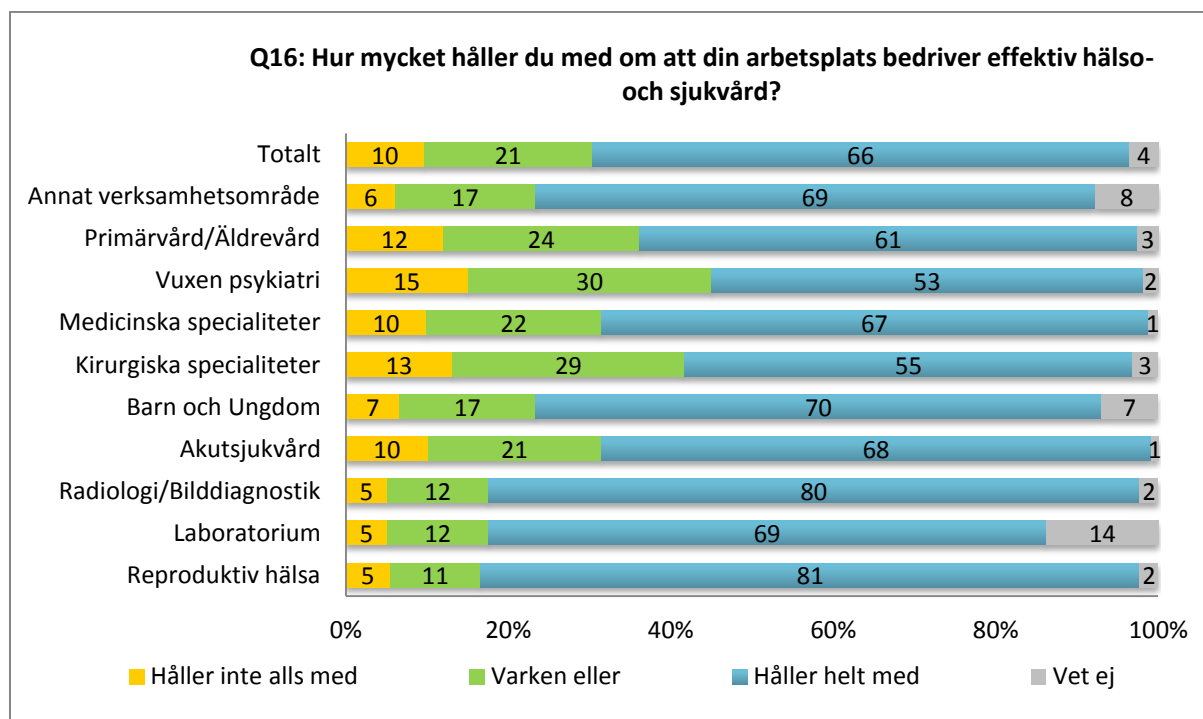
Figur 27: Figuren visar hur medlemmarna upplever vårdens utveckling på sin arbetsplats och om de förändringar som skett på sin arbetsplats de senaste åren har bidragit till en bättre vårdmiljö.

4.4.3 Arbetsplats bedriver en god vård enligt Socialstyrelsens vägledning

I frågan om medlemmarna anser att deras arbetsplats bedriver en god vård enligt Socialstyrelsens sex grundläggande fokusområdena för kvalitetsutveckling som finns i Socialstyrelsens ("vägledning för God Vård") tycker cirka 8 av 10 att deras arbetsplats bedriver en kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård samt säker hälso- och sjukvård. Däremot är effektiv sjukvård det medlemmarna minst förknippar med vad deras arbetsplats bedriver, främst inom vuxenpsykiatrisk verksamheten (figur 28). Medlemmarna svarade i mindre utsträckning att deras arbetsplats bedriver en patientfokuserad hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvård inom rimlig tid (figurer 12a-12e, bilaga 2).

4.4.4 Uppfattningar om Vårdförbundet

Cirka 2 av 10 tycker att Vårdförbundet märks på arbetsplatsen i motsatsen till att fler än hälften anser inte att Vårdförbundet märks på deras arbetsplats (figur 29a). Det senare håller drygt en femtedel av de förtroendevalda med om (figur 24a, bilaga 2).



Figur 28: Figuren visar hur medlemmarna upplever om deras arbetsplats bedriver en effektiv hälso- och sjukvård.

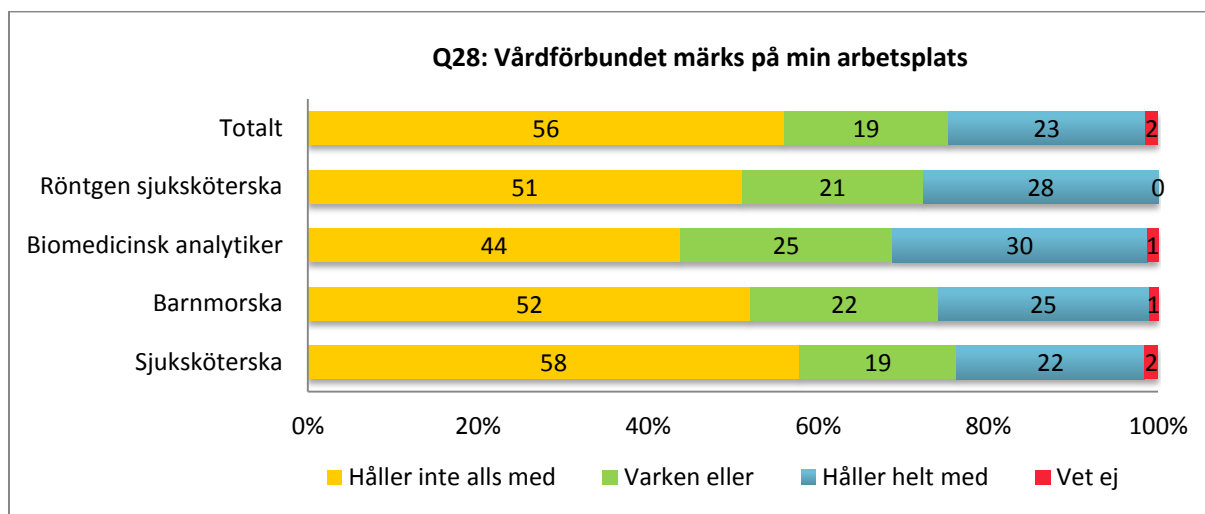
Cirka 2 av 5 uppger att de deltar i valet av förtroendevald på arbetsplatsen (figur 23f, bilaga 2). Detta kan vara en delförklaring till att man heller inte tycker att Vårdförbundet syns på arbetsplatsen.

Knappt 1 av 5 tycker att Vårdförbundet som helhet är en stark kraft i utvecklingen av vården i Sverige, medan hälften inte håller med om detsamma. Endast var tredje förtroendevald instämmer att Vårdförbundet som helhet är en stark kraft i utvecklingen av vården i Sverige (figur 24b, bilaga 2).

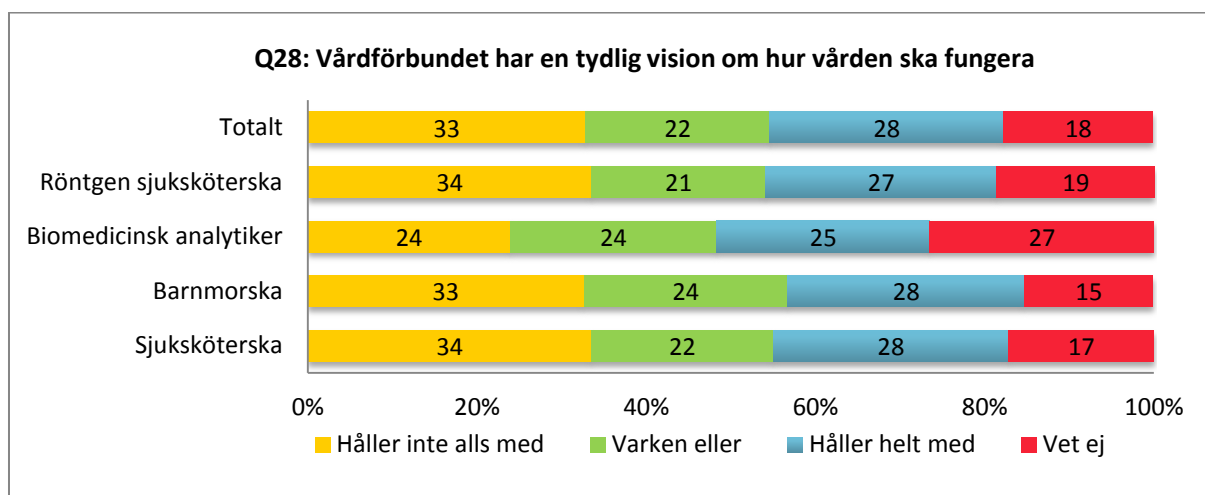
Omkring en tredjedel (1010) anser att Vårdförbundet har en tydlig vision om hur vården ska fungera (figur 23b, bilaga 2). Av dessa tycker 80 procent (731) att de arbetar efter sin förmåga för att uppnå visionen. Totalt sett är det 42 procent (1515) som uppger att de arbetar efter sin förmåga, något färre biomedicinska analytiker som strävar efter samma mål (figur 23c, bilaga 2). Med andra ord är kännedom om visionen en förutsättning för att medlemmarna ska kunna arbeta för att uppnå den. Det tycks också vara så att de som känner till visionen också vill jobba för att uppnå den.

En av 10 medlemmar vet hur Vårdförbundet kan stödja dem när de har idéer för att utveckla vården (figur 23c, bilaga 2). Fler än hälften av medlemmarna skulle vilja göra mer för att utveckla vårdmiljön på sin arbetsplats (figur 23d, bilaga 2). Det tycks alltså finnas vilja från

medlemmarna att utveckla vården men de upplever inte att de riktigt har förutsättningar och möjligheter att göra det.



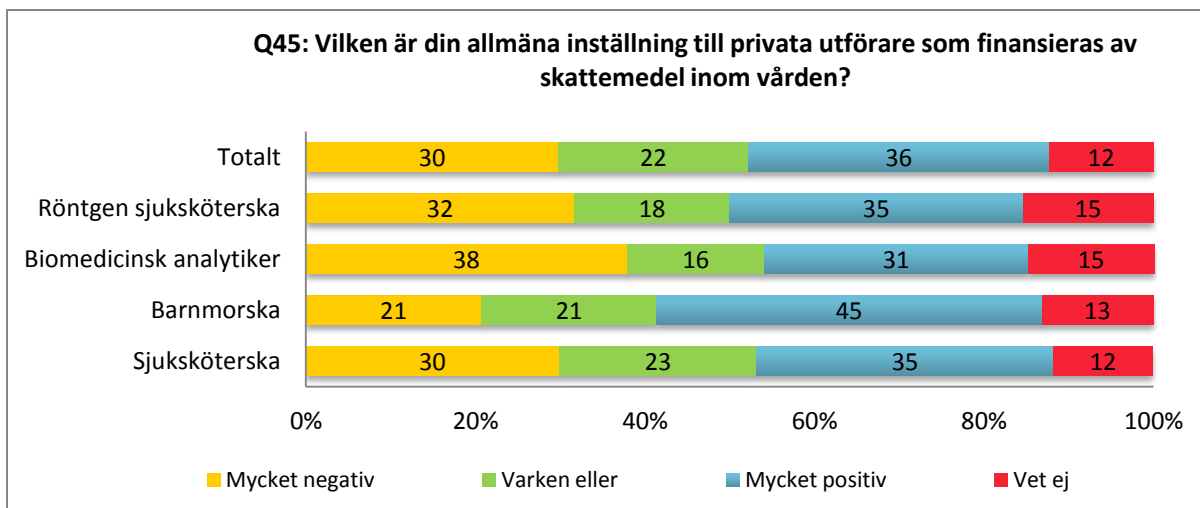
Figur 29a: Figuren visar medlemmarnas uppfattning om Vårdförbundet märks på arbetsplatsen.



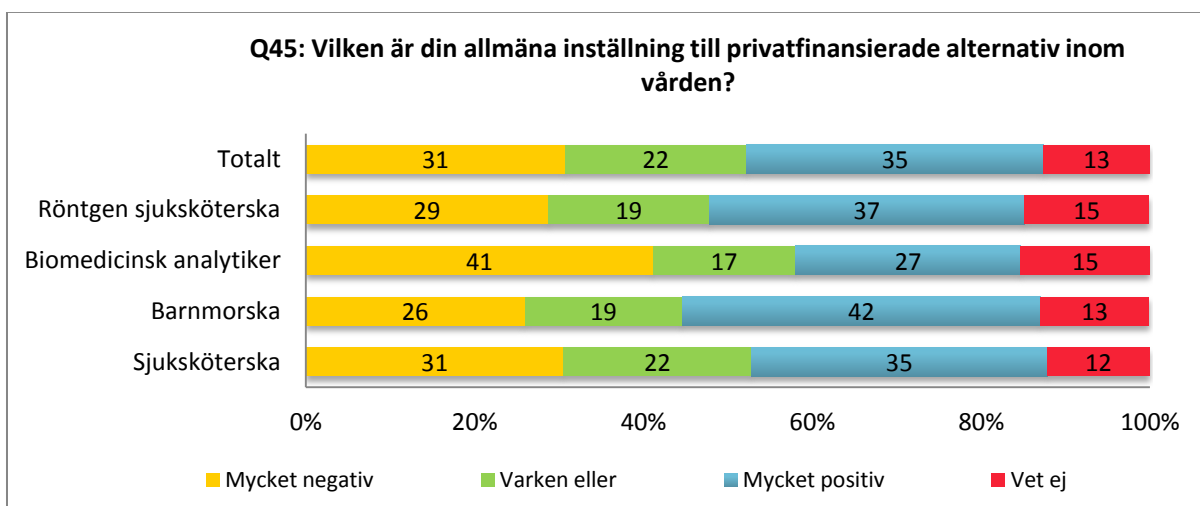
Figur 29b: Figuren visar medlemmarnas kännedom till Vårdförbundets vision om hur vården ska fungerar.

4.5 Delmål 4: Synliggör hur medlemmarna påverkas av olika samhällsfrågor

Medlemmarna har fått svara på vilka samhällsfrågor som engagerar dem. Listan toppas av hälsofrågor, skola och utbildning och miljö och klimat (figur 32, bilaga2). Kvinnor tycker i högre grad än män att hälsofrågor, skola och utbildning och äldreomsorgsfrågor engagerar. Det är betydligt flera chefer som engagerar sig i vårdens finansiering och organisation än icke-chefer. Vidare har var tredje medlem en negativ inställning till privatfinansierade alternativ inom vården och privatisering av vården (figurer 30-31).



Figur 30: Figuren visar medlemmarnas inställning till privatisering av vård.



Figur 31: Figuren visar medlemmarnas inställning till privat finansiering av vård.

Referenser

Hur mår syster? En forskningsrapport om sjuksköterskornas psykosociala arbetsmiljö. (1992)

Medlem tycker (1988)

Stressforskningsrapport. Sjuksköterskors arbetsmiljö: om arbetsmiljö, hälsa och verksamhetsutveckling inom vården (1994)

Nurses in the workplace: Expectations and needs. A Global Survey of Nurses (2009)

De anställdas prestationer påverkar lönen mest och bord göra det ännu mer idag – om svenskarna själva får välja.

RN4Cast

Mjuka människor i hårt arbete (Rapport från TCO) kommer per post

Levnadsförhållanden (scb) http://www.scb.se/Pages/ProductTables____12209.aspx

Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljöundersökningen. Uppdelat per yrke http://www.scb.se/Pages/ProductTables____21017.aspx

Yrkesgruppernas etiska koder

Dialog

Ombuden diskuterade vid borden utifrån frågeställningen:

Vilka utmaningar finns det för Vårdförbundet utifrån undersökningen?

Resultatet sammanfattades på följande sätt:

Vi måste få till ett mer hälsosamt yrkesliv med rimlig arbetsbelastning och vettiga arbetstider där medlemmar får använda sin kunskap fullt ut. Det ger förutsättningar för en god vårdmiljö.

Vi måste ständigt utmana ålderdomliga sedvänjor och hierarkiska system

Påverkansarbetet, det vill säga att sprida Vårdförbundets politik, måste ske lokalt, regionalt och nationellt. Det bör genomsyra allt arbete vi gör.

Vi måste stödja medlemmar så att de vågar ta plats, göra sin röst hörd och kräva sin rätt att använda kunskapen fullt ut.

Utbildning måste bli en del av anställning - Full betald specialistutbildning för alla fyra yrkena. Möjlighet att kombinera forskning och arbete.

Vi måste stärka chefens mandat

Vi ska bygga ett förbund för alla medlemmar såväl privat- som offentliganställda. Vi ska behålla alla och rekrytera nya.

Fortsätta att envist arbeta med värderingsförändring.

Professionen ska ständigt utvecklas. Vi ska ligga steget före. Vår kunskap och kompetens gör skillnad för patienterna och vårdens utveckling.

13.1 Omvärldsrapport - Trender och sammanfattning

Annika Wåhlin informerade om arbetet.

Detta avsnitt presenterar tio nyckeltrender och sammanfattar innehållet i omvärldsrapporten. För att få mer information och källhänvisningar rekommenderas att omvärldsrapporten läses i sin helhet.

Tio nyckeltrender

- Unga, storstadsbor och anställda inom privat sektor är svårare att attrahera som medlemmar och är mest benägna att lämna de fackliga organisationerna
- Den största generationsväxlingen i modern tid skapar konkurrens om kunskap och kompetens
- En åldrande befolkning ställer allt högre krav på en tillfredställande äldrevård
- Vårdens utveckling styrs alltmer utifrån vårdtagarens rätt att välja
- Det hälsofrämjande arbetet har en växande betydelse bland medborgare och politiker
- Ökade skillnader mellan samhällsgrupper och olika delar i landet ökar risken för ojämlik hälsa och vård
- Arbetet med säker vård får allt större betydelse för vårdens kvalitet och effektivitet
- Sveriges ekonomi är inne i en uppåtgående spiral och de offentliga finanserna förbättras
- Förändringar i vårdens organisation och system ställer nya krav på vårdens ledarskap
- Brister i vården skapar ohälsa, dålig vårdmiljö och vårdskador

Samhällsveckling som påverkar Vårdförbundet och vården

Unga, storstadsbor och anställda inom privat sektor är svårare att attrahera som medlemmar och är mest benägna att lämna de fackliga organisationerna

Svenska fackförbund är bland de starkaste i världen. Trots detta sjunker allmänhetens förtroende för de fackliga organisationerna. I jämförelse med andra samhällsinstitutioner är förtroendet för de fackliga organisationerna lågt. Unga, storstadsbor och anställda inom privat sektor är svårare att attrahera som medlemmar och de är även mest benägna att lämna de fackliga organisationerna. Denna utveckling stämmer väl in på Vårdförbundet. En positiv förändring är att medlemsantalet i Vårdförbundet har ökat med en procent under 2010 jämfört med en oförändrad nivå året innan.

Den största generationsväxlingen i modern tid skapar konkurrens om kunskap och kompetens

Sverige står inför den största generationsväxlingen i modern tid. Under de närmaste sex åren kommer drygt 800 000 personer att lämna den svenska arbetsmarknaden till följd av pensioneringar. Fram till år 2025 kommer två av tre distriktssköterskor att gå i pension, liksom hälften av alla barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor.

En åldrande befolkning ställer allt högre krav på en tillfredställande äldrevård

Allt fler lever allt längre i Sverige. En genomsnittlig 65-åring 2009 väntas leva 40 dagar längre än en 65-åring 2008. Allt fler kan leva ett både längre och rikare liv med god hälsa, hyfsad ekonomi och ett aktivt fritidsliv. Inte bara blir befolkningen äldre och till slut mer vård- och omsorgskrävande, förväntningarna på välfärden ökar också. Det har fått vissa debattörer att peka på att ett finansieringsgap kommer att uppstå. Det betyder ökade klyftor mellan vad vi kommer att förvänta oss av vården framöver och vad vi kan ha råd med. Andra debattörer ifrågasätter finansieringsgapet och pekar på att vården har en stor effektiviseringspotential samt att medborgarna har en stor vilja att betala skatt till vård och omsorg. Det ökade trycket på vård och omsorg aktualiserar även frågan om prioritering av olika vårdbehov. Den definitiva kommunaliseringen av hemsjukvården riskerar att sätta fokus på en del kommuners bristande insikter om sin roll som vårdgivare enligt HSL. Pressen på kommunerna att leverera kvalitativa tjänster inom många viktiga områden ställer hårda krav på prioriteringar.

Vårdens utveckling

Vårdens utveckling styrs alltmer utifrån vårdtagarens rätt att välja

Utvecklingen av vården sker i allt större utsträckning med utgångspunkt i patientens behov och önskemål. Vården kommer att fortsätta reformeras av vårdvalet, som sprider sig till allt fler vårdgrenar. Som exempel pågår diskussioner om att vårdvalet inte bara ska genomsyra primärvården utan även omfattas av den offentligt finansierade öppna specialistvården.

Det medicinska paradigmet har stor påverkan på vårdens utveckling. Flera vårdvalsmodeller och ersättningssystem har en mycket stor betoning på läkarbesök, medicinska diagnoser och åtgärder. Detta medför att alla yrkesgruppers insatser ännu inte omfattas av ersättningssystemen.

Det hälsofrämjande arbetet har en växande betydelse bland medborgare och politiker

Att arbeta mer hälsofrämjande har ett stort stöd i samhället med tanke på att ohälsan ökar och kostar 120 miljarder varje år. Men det finns ett motstånd mot att orientera vården från "sjukdom och diagnos" till "hälsa och helhet". Trots att det hälsofrämjande arbetet får en allt större betydelse bland medborgare och politiker har det ännu inte slagit igenom i vården. Att arbeta mer hälsofrämjande anses dock som mycket viktigt bland medlemmarna i Vårdförbundet, vilket en undersökning som Vårdförbundet gjort visar. Brist på tid, tydliga uppdrag och utbildning gör dock att det hälsofrämjande arbetet har svårt att få genomslag.

Vården utvecklas mot en mångfald av arbetsgivare. Det är värt att uppmärksamma att nöjdheten med den offentligt producerade sjukvården har sjunkit medan den har ökat för den privata producerade öppenvården. Samtidigt visar lönestatistiken att privat producerad vård i genomsnitt erbjuder högre löner än den offentligt producerade sjukvården.

Riskkapitalbolag är på frammarsch i vården. Nyligen har en undersökning presenterats som visar hur de alltmer systematiskt köper upp bolag i vården. Riskkapitalister lockas till vården eftersom det är en bransch med möjligheter att göra stora vinster. Därför är det många samhällsdebattörer som pekar på en ökad andel riskkapitalbolag inom vården i framtiden.

Ökade skillnader mellan samhällsgrupper och olika delar i landet ökar risken för ojämlik hälsa och vård

Svensk vård ligger i världsklass men samtidigt finns stora socioekonomiska och genusbetingade skillnader i hälsa och tillgång på god vård. Som exempel prioriteras yngre

välutbildade med mildare symptom framför svårt sjuka äldre och kroniskt sjuka. Det finns även skillnader i dödlighet mellan personer med olika utbildningsnivå. Var tredje kvinna avstår från att söka vård eftersom hon inte vill ”upplevas som klagande”.

Utveckling av säkerhetskulturen i vården

Arbetet med säker vård får allt större betydelse för vårdens kvalitet och effektivitet

Vårdskador drabbar var tionde patient. Utvecklingen av vården går mot att den ska bli säkrare och få en säkerhetskultur liknande den som finns i andra högriskbranscher. Regeringen pekar ut patientsäkerheten som en nyckelfråga för framtiden. Därför har en ny patientsäkerhetslag införts, en ny myndighet för vårdanalys inrättats och flera satsningar planeras och genomförs för att öka säkerhetskulturen i vården. Trots satsningarna för att förbättra säkerhetskulturen i vården finns det fortfarande stora brister i patientsäkerheten.

Professionsutveckling

Våra professioner tar allt större plats i vården. Vården har utvecklats till att bli en alltmer kunskapsintensiv bransch. Det har fått Vårdförbundets yrken att gå från en yrkesutbildning till en högskoleutbildning som grund för yrkesutövningen. Utvecklingen av kunskapsområdena gör vården bättre och ger professionerna en starkare ställning. Samtidigt skapar akademiseringen av yrkena spänningar och även konflikter mellan gamla och nya yrkesutövarna.

Positivt för professionsutvecklingen är att forskningen och utvecklingen inom våra områden har ökat i omfattning och i betydelse. Idag finns mer än tusen disputerade och cirka hundra professorer i Sverige.

Sedan regeringsskiftet 2006 satsas allt mer på företagande i vård och omsorg och kvinnligt företagande. Flest företag som drivs av kvinnor finns inom vård och utbildning. Samtidigt visar statistiken att kvinnliga företagare inom vården ökar långsamt.

Professionerna har en stark ställning på svensk arbetsmarknad idag och det är troligt att deras ställning stärks än mer inom de närmaste tio åren. Stora pensionsavgångar i vården och växande vårdbehov kommer att öka rekryteringsbehovet. Unga personer uppfattar yrkena som vi organiserar som attraktiva. De lockas av att få arbeta med människor och de uppfattar vården som en spännande arbetsplats.

En oroande utveckling för våra professioner är brister inom utbildningarna. En viktig förändring är dock att bristerna i professionernas utbildningar har uppmärksamats och

börjat åtgärdas. Den verksamhetsförlagda utbildningen har kritiserats för att de kliniska handledarna inte har haft tillräcklig akademisk kompetens. Högskoleverkets granskningar visar stora skillnader mellan lärosätena. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården med ny teknik och nya metoder leder till ökad efterfrågan på specialistsjuksköterskor. Samtidigt finns det en osäkerhet kring hur specialistutbildningen ska utformas i framtiden. Hur utbildningarna utvecklas och förändras för professionerna kommer att spela roll för professionsutvecklingen i framtiden.

Gamla och traditionella strukturer i vården försvårar professionsutvecklingen. Inom professionella kulturer i vården medför revirtänkande och konkurrens mellan yrkesgrupperna. Det hindrar utvecklingen av en mer modern kunskapsorganisation där arbetsuppgifter utförs på basis av reell och inte formell kompetens.

Utveckling av lön - och villkorsfrågorna

Sveriges ekonomi är inne i en uppåtgående spiral och de offentliga finanserna förbättras

Fram till 2015 beräknas de offentliga finanserna gradvis förbättras och arbetslösheten sjunka på samma gång som sysselsättningsgraden ökar. Vidare fick Vårdförbundets medlemmar inom landstingen en högre löneökning (3,05 %) än genomsnittet inom landstingen (2,67 %) under 2009-2010.

Förändringar i vårdens organisation och system ställer nya krav på vårdens ledarskap

Större krav på kostnadskontroll, säkerhet och kvalitetssäkring ökar kraven på vårdens ledarskap. Det medicinska paradigmet hindrar en anpassning av vårdens ledarskap till de nya förutsättningarna. Det medför att våra professioner utestängs från högre chefspositioner och ledningsgrupper. Samtidigt är det en positiv utveckling att ledande politiker som Filippa Reinfeldt, sjukvårdslandstingsråd i Stockholm, säger att läkarna inte borde vara de självklara ledarna inom vården i framtiden. Hon vill förändra läkardominansen på chefsstolarna och se andra yrkesgrupper, till exempel Vårdförbundets professioner, som ledare i vården i framtiden.

Ett dilemma för medlemmarna i Vårdförbundet är att det saknas ett samband mellan hög lön och akademisk examen. Löneutvecklingen påverkas inte i första hand av högskolepoäng eller nyförvärvade teoretiska kunskaper, utan hur dessa kan omsättas i praktiken. Bland landets unga anser 70 procent att sjuksköterskor har för dåligt betalt efter tre års högskoleutbildning. Unga tror också att det finns en könsdiskriminering vid tillsättningen av de högsta chefsjobben inom sjukvården.

En genomsnittlig specialistutbildad sjuksköterska tjänar endast tvåtusen kronor mer i månaden än en allmänsjuksköterska. För vissa specialistutbildningar är löneökningen så liten som en tusenlapp mer i månaden. Antalet specialistutbildade har även sjunkit de senaste åren. Kampen om jämställda löner får en allt större betydelse i politiken och i den offentliga debatten, samtidigt har frågan låg prioritet hos arbetsgivarna. På grund av den könssegregerade arbetsmarknaden tjänar kvinnor generellt 85 procent av männens löner. Störst löneskillnad finns inom landstingen där den är närmare 21 procent. Arbetsgivarnas ovilja att betala för kompetens dygnets alla timmar försvårar även en lösning på arbetstidsfrågan.

Brister i vården skapar ohälsa, dålig vårdmiljö och vårdskador

Trots att regeringen satsar på arbetsmiljöpolitiken finns det stora problem i vårdmiljön. Vårdpersonalen har en stor arbetsbelastning och stressen är det största arbetsmiljöproblemet. Arbetstidsfrågan är en central fråga för att garantera en bra vårdmiljö. Många arbetsgivare försämrar ensidigt lokala arbetstidsavtal för att spara pengar. Det leder till otrygghet och sämre vårdmiljö för våra professioner.

Utvecklingen av arbetsmarknaden för Vårdförbundets yrkesgrupper ser mycket bra ut för inför framtiden. På arbetsförmedlingens lista över de yrken där flest pensionsavgångar väntas de närmsta femton åren finns Vårdförbundets yrkesgrupper i topp. Det kommer att bli svårare för vårdens arbetsgivare att locka till sig rätt kompetens med den ökade arbetskraftsbristen som generationsväxlingen medför. Det ställer krav på ett nytt ledarskap som kan värdera, använda och belöna kompetens fullt ut.

13.2 Omvärldsrapport med sikte på 2014 - Huvudrapport

Samhällsutveckling som påverkar Vårdförbundet och vården

Goda ekonomiska utsikter för Sverige

Den svenska ekonomin är inne i en uppåtgående spiral där stigande efterfrågan leder till ökad produktion och ökad sysselsättning, viket i sin tur ökar efterfrågan ytterligare. Även om tillväxten växlar ner påtagligt framöver blir den fortsatt hög de kommande åren med 3,8 procent av BNP 2011 och 2,9 procent 2012.

De svenska offentliga finanserna har visat sig vara bland de starkaste inom OECD. Ända fram till år 2015 beräknas de offentliga finanserna gradvis förbättras. Konjunkturinstitutet prognostiserar att den svenska ekonomin är i balans med en arbetslöshet omkring 6,8 procent år 2014.²

Kommuner och landsting väntas redovisa starka resultat för andra året i rad. För 2010 visade resultatet på plus 19 miljarder för hela sektorn. Samtliga landsting och drygt 90 procent av kommunerna räknar med nollresultat eller överskott. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) räknar med ett överskott för sektorn på sju miljarder 2011 jämfört med tre miljarder i tidigare prognos. Från och med 2012 visar kalkylerna på ett begränsat utrymme.³

Växande osäkerhet kring hur vården ska finansieras i framtiden

SCB:s rapport ”Från folkbrist till åldrande befolkning” visar att Sverige tillsammans med Italien har världens äldsta befolkning. Idag är nära var femte svensk över 65 år. År 1900 var endast 8 procent 65 år gamla eller äldre.⁴ Den förändrade demografin bidrar till att det har vuxit fram en osäkerhet kring vårdens framtida finansiering. De mest sjuka äldre beräknas idag stå för hälften av samhällets kostnader för hälso-, sjukvård och omsorg⁵.

Ett inlägg i debatten om hur välfärden ska finansieras förs fram av ”Borg- kommissionen” under valrörelsen 2010.⁶ Inga partier visade något intresse för att ta denna diskussion då. Även SKL har gett sig in i debatten med stöd av rapporten ”Framtidens utmaning – välfärdens långsiktiga finansiering”.⁷ Dessa aktörer pekar på problematiken att det finns ökade klyftor mellan vad vi kommer att förvänta oss av välfärden framöver och vad vi kan ha råd med. Problemanalysen bottenar i att allt fler kommer att efterfråga allt mer. Befolkningen blir äldre och mer vård- och omsorgskrävande samtidigt som

² Konjunkturinstitutet. Tillväxtbranscherna stark tillväxtmotor 2010-2011. Pressmeddelande konjunkturläget mars 2010.

³ Ekonomirapporten. Maj 2010 Om kommuner och landstingens ekonomi. Sveriges Kommuner och Landsting

⁴ http://www.scb.se/Pages/PublishingCalendarViewInfo_____259923.aspx?PublObjId=2015

⁵ <http://www.dagenssamhalle.se/nyheter/regeringen-utser-aeldresamordnare-18944>

⁶ <http://www.arenaide.se/index.php?sid=4&pid=184>

⁷ http://www.skl.se/vi_arbetar_med/ekonomi/publikationer_ekonomi/framtidens_utmaning

förväntningarna på välfärden ökar. Det finansieringsgap som kan uppstå i framtiden kan därmed bli ett hot mot vårdens kvalitet och patientsäkerheten. Denna analys ifrågasätts av andra debattörer som bl.a. pekar på vårdens effektiviseringspotential och att viljan hos medborgarna att betala skatt till vård och omsorg är hög.⁸

Den största generationsväxlingen i modern tid

Sverige står inför en generationsväxling som är den största i modern tid. Generationsväxlingen kommer att påverka inte bara Sverige, utan hela Europa. I Sverige kommer under de närmaste sex åren drygt 800 000 personer att lämna den svenska arbetsmarknaden till följd av pensioneringar. Många arbetsgivare kommer att behöva rekrytera en ny generation medarbetare vilket kan medföra ökad konkurrens om arbetskraften.⁹ Enligt AMS rapport ”Generationsväxlingen på arbetsmarknaden – i riket och i ett regionalt perspektiv” kommer vården i stor omfattning att påverkas.¹⁰ Arbetsförmedlingen har sammanställt en lista över de yrken där flest pensionsavgångar väntas de närmsta 15 åren. Sex av tio i topp tillhör Vårdförbundets yrkesgrupper. Bristen är allra mest överhängande bland distriktssköterskorna. De ligger på plats 2, med 65 procent pensionsavgångar. Fram till år 2025 kommer hälften av nu yrkesaktiva barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor att gå i pension.¹¹

Allt fler lever allt längre i Sverige

En ny rapport från Socialstyrelsen och SKL ”Öppna jämförelser av hälso – sjukvårdens kvalitet och effektivitet för 2010” visar att medellivslängden fortsätter att stiga i Sverige. En genomsnittlig 65-åring 2009 väntas leva 40 dagar längre än vad en 65-åring gjorde 2008. Medellivslängden är numera 83,1 år för kvinnor och 78,9 år för män. Äldst blir man i Halland och i botten ligger Gävleborgs län.¹² De senaste 20 åren har pensionärerna fått det allt bättre. Allt fler kan leva ett både längre och rikare liv med god hälsa, hyfsad ekonomi och ett aktivt fritidsliv. Det har skett en generell förskjutning och omfördelning av inkomster och levnadsstandard uppåt i åldrarna. Pensionärernas materiella levnadsstandard har förbättrats markant under de senaste 25 åren. Under samma period kan man se en stagnation eller till och med standardsänkning bland personer under 40 år.¹³

Förändringar inom socialförsäkringssystemet

Under 2010 skedde en rad förändringar av socialförsäkringarna. Regeringen tillsatte också en parlamentarisk kommitté, ”Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet”, för att

⁸ <http://www.vansterekonomerna.se/artiklar/tramsdebatten-om-valfardens-framtida-finansiering>

⁹ <http://www.generationsvaxlingen.se/>

¹⁰ http://www.arbetsformedlingen.se/download/18.76f5f98912bedd96d0780001859/generationsvaxlingen_rapport.pdf

¹¹ www.ams.se

¹² <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-11-9>

¹³ http://www.scb.se/Pages/PublishingCalendarViewInfo_____259923.aspx?PublObjId=1848

göra en översyn av trygghetssystemen. Utredningen berör tre stora områden: arbetslöshetsförsäkringen, sjukförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen. Bland annat ska det utredas om det går att slå ihop Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. I denna utredning ingår frågan om huruvida a-kassan ska bli obligatorisk och om sjukskrivna skulle kunna få prova på att arbeta och samtidigt behålla sin ersättning.¹⁴ Höjning av avgångsskyldigheten, dvs. rätten att arbeta kvar, från 67 till 69 år ska utredas, eftersom fler behöver arbeta längre för att pensionsåtagandena ska kunna hållas. Kritiken mot förändringarna av socialförsäkringssystemet är främst att alltför sjuka människor straffas ut ur trygghetssystemen.¹⁵

Fackföreningarna i samhället

En undersökning från SOM-institutet visar att befolkningens förtroende för de fackliga organisationerna har sjunkit de senaste åren och är lågt i jämförelse med andra samhällsinstitutioner. Förtroendet för polisen, regeringen, dagspressen, storföretagen och bankerna är större än förtroendet för de fackliga organisationerna. Positivt för Vårdförbundet är att sjukvården är den samhällsinstitution som får högst förtroende.¹⁶

Från medlemsras till positiv medlemsutveckling

Många fackliga organisationer hade ett medlemsras under 2007 och 2008. Det kan förklaras med att rätten till avdrag i deklARATIONEN för en del av medlemsavgiften avskaffades och den samtidiga höjningen av egenavgiften till a-kassan. Detta vände till en positiv medlemsutveckling under 2009. Under 2009 ökade SACO mest med 2,7 procent och TCO med 1,5 procent. Topp tre bland medlemsförbunden inom TCO var ST (4 procent), SKTF (3 procent) och Unionen (dryga 2 procent). Vårdförbundets medlemsutveckling låg under 2009 på oförändrad nivå, men under 2010 ökade medlemsantalet med dryga 1 procent.¹⁷

Unga är mest benägna att lämna de fackliga organisationerna

Unga svenskar tycker att facket har en viktig roll att spela i framtiden. Mer än varannan ung anser att det är viktigt med starka fackföreningar. Samtidigt tror unga att fackets inflytande kommer att minska i framtiden.¹⁸ Enligt en Sifo-undersökning funderar många unga på att lämna de fackliga organisationerna inom ett år. Mest flyktbenägna verkar yngre storstadsmän vara.¹⁹ Unga, storstadsbor och anställda inom privat sektor är svårast att attrahera till de fackliga organisationerna och de är även mest benägna att säga upp sitt

¹⁴ <http://www.sweden.gov.se/sb/d/12635/a/144886>

¹⁵ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

¹⁶ <http://www.som.gu.se/undersokningar/>

¹⁷ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Utredning

¹⁸ <http://www.pwc.com/se/sv/publikationer/unga-roster-om-facket-okt2009.jhtml>

¹⁹ www.sifo.se

fackliga medlemskap. Denna verklighet stämmer även in på Vårdförbundet.²⁰ Som exempel är de unga medlemmarna i Vårdförbundet i dubbel utsträckning mer benägna att avsluta sitt fackliga medlemskap än de äldre medlemmarna. Under 2010 lämnade 6,5 procent unga (under 30 år) Vårdförbundet mot 3,1 procent äldre medlemmar (30-60 år).²¹

De ungas okunskap om kollektivavtal på arbetsplatsen

Enligt en undersökning som Novus Opinion utfört på uppdrag av TCO-förbundens initiativ Facketförändras.nu uppfattar unga facket som grått, gubbigt och långt borta. En tredjedel av de unga vet inte om det finns kollektivavtal på deras arbetsplats, samt nio av tio vet inte vad deras kollektivavtal är värt.²²

Stor skillnad i synen på fackförbundens framtid

En nyligen genomförd undersökning av Agenda PR och Arena idé visar att det råder stora skillnader i synen på de fackliga organisationernas betydelse mellan allmänheten och fackliga företrädare. Nästan sju gånger fler fackligt förtroendevalda tror att de fackliga organisationernas betydelse som samhällsaktör kommer att öka jämfört med vad allmänheten tror.²³

Vårdens utveckling

Från sjukhussäng till eHälsa

SKL ger i sin rapport ”Från sjukhussäng till eHälsa” en översikt över den genomgripande moderniseringen som svensk hälso- och sjukvård genomgår och vad moderniseringen syftar till. Landsting och kommuner står, enligt rapporten, inför en utmaning att med begränsade ekonomiska resurser möta växande vårdbehov hos en allt äldre befolkning. Det är då viktigt att effektiviseringen av hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt fortsätter. Branschen behöver dra nytta av kunskapsutvecklingen för att kunna erbjuda service på ett nytt och bättre sätt. Rapporten pekar på flera utmaningar i framtiden. Det behövs ytterligare koncentration av akutsjukvård och att specialiseringen och differentieringen mellan olika sjukhus behöver gå längre. Kunskapsstyrningen, processtänkandet och patientfokuseringen behöver få ett mer systematiskt och bredare genomslag där insatser som inte skapar värde för patienten tas bort. Patientens delaktighet är av central betydelse. Ett utvecklingsområde är användningen av IT som ett stöd för att utveckla verksamheten. Därtill är en angelägen förändring att få till en bättre samordning

²⁰ Uppgifter från Vårdförbundets grupp för medlemsrekrytering

²¹ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Utredning

²² <http://www.facketforandras.nu/>

²³ <http://www.agendapr.se/>

av insatserna för de mest sjuka och äldre. Slutligen behöver nya vårdtjänster utvecklas som kan fylla de luckor som idag blir synliga när man följer vården ur patientens perspektiv.²⁴

Vården av äldre

De mest sjuka äldre beräknas stå för hälften av samhällets kostnader för hälso-, sjukvård och omsorg. Äldre personer med störst vårdbehov är mest missnöjda med vården. Många äldre tvingas till återkommande besök på akutmottagningar. De får många olika mediciner, som ofta leder till biverkningar med lidande och onödig sjukhusvård som följd.²⁵

I juni 2004 överlämnade en särskild utredare betänkandet ”Sammanhållen hemvård” (SOU 2004:68) till regeringen. Enligt utredaren är det största problemet att äldre och andra personer med sammansatta eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov får vård och omsorgsinsatser utan en helhetssyn på deras problem. Detta orsakas av otydliga ansvarsgränser och bristande samverkan mellan olika verksamheter och yrkesgrupper. Bristen på samordning gör att många insatser blir till begränsad eller ingen nytta för den enskilde.²⁶

Två tredjedelar av landets kommuner ansvarar idag för hemsjukvården. Regeringen fattade beslut i juni 2010 om att tillsätta en nationell samordnare med uppgift att stödja landsting och kommuner med att fortsätta processen med att överföra ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna.²⁷ Regeringen har också utsett en äldresamordnare som ska leda en arbetsgrupp på socialdepartementet med uppgift att se till att omsorg och vård för de äldre sjuka fungerar bättre. De avsätter 3,75 miljarder kronor under de kommande fyra åren till satsningen.²⁸ Regeringen har också fattat beslut om en ny kompetensreform för personal inom äldreomsorgen, det så kallade Omvårdnadslyftet. Satsningen syftar till att stärka kompetensen inom äldreomsorgen och ge medarbetarna möjlighet att växa i sina yrkesroller. Under 2011-2014 kommer totalt 1 miljard kronor att satsas.²⁹

Även Läkarförbundet profilerar sig inom området vård av äldre genom att arbeta för att införa en kommunöverläkare med ett samlat ansvar för vården av de äldre.³⁰

Idén om patientens ökade valmöjligheter reformerar vården

Sedan den 1 januari 2010 är det obligatoriskt för alla landsting/regioner att ha ett valfrihetssystem i primärvården. Det regleras i hälso- och sjukvårdslagens §5 och lagen om valfrihetssystem (LOV). Vårdval i primärvården är första steget i en omfattande reformering av hälso- och sjukvården. Vårdvalsidén bygger på en vilja från

²⁴<http://www.framtidenssjukvard.se/media/15276/fr%C3%A5n%20sjukhuss%C3%A4ng%20till%20e-h%C3%A4lsa.pdf>

²⁵http://www.svd.se/nyheter/inrikes/regeringen-utser-aldresamordnare_5859447.svd

²⁶<http://www.regeringen.se/sb/d/189/a/26584>

²⁷http://www.skf.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/a-o_aldefragor/hemsjukvard

²⁸<http://www.sweden.gov.se/sb/d/14622/a/164151>

²⁹<http://www.regeringen.se/sb/d/14403/a/160825>

³⁰<http://www.sjukhuslakaren.se/2011/02/24/kommunoverlakaren-ska-ta-ansvar-for-aldres-varld/>

riksdagsmajoriteten att stärka patientens makt. Individerna ska få välja vård och därmed få större möjlighet att påverka kvalitet, säkerhet och innehåll i vården.³¹

Idén om patientens ökade valmöjligheter sprider sig till allt fler vårdgrenar. I slutet av förra året lade regeringens utredare, Toivo Heinsoo, ett förslag för att öka mångfalden i den offentligt finansierade öppna specialistvården. Idag gäller patientens fria vårdval endast primärvården.³²

I spåren av Vårdvalet sker en ökning av privata utförare, framför allt i storstadsregionerna. Vårdvalssystemet i primärvården har medfört att mångfalden av arbetsgivare ökat markant. Vårdval inom primärvården kommer att följas av förändringar även inom specialistvården. En konsekvens av vårdvalet inom förlossningsvården i Stockholm är att landstinget har varit tvungna att införa begränsningar i valmöjligheten för att motverka en ohållbar arbetssituation på vissa förlossningskliniker.³³

Kritiken mot ersättningsmodellen i Vårdval Stockholm

Ersättningsmodellen i Vårdval Stockholm är utformad så att den premierar läkarbesök. Det får till följd att andra yrkesgruppers kompetens inte används fullt ut och skapar en överkonsumtion av läkartjänster. Ett exempel är vårdcentralen som anställer en läkare för att utföra insulingivning i hemmet istället för att distriktssköterskorna utför arbetsuppgiften. I förlängningen leder det till problem med vårdens kunskapsutveckling och att övriga vårdprofessioners kunskap inte kommer befolkningen till del.³⁴

Ersättningsmodellen i Vårdval Stockholm är utformad på ett sätt så att den styr mot många lätta och korta läkarbesök, vilket missgynnar mer resurskrävande patienter t.ex. multisjuka äldre. Från fackligt håll har systemet också kritiserats för att det tvärprofessionella arbets sättet som utvecklats på många vårdcentraler försvinner till förmån för en mer produktionsfokuserad vårdform där läkaren står i centrum.³⁵ Detta kan leda till att till exempel sjuksköterskors kunskap och kompetens inte erbjuds eller efterfrågas i så hög utsträckning. Det kan i förlängningen leda till problem med vårdens kunskapsutveckling och därmed ett minskat utbud av vård där omvårdnadsperspektivet får mindre plats.³⁶

Mycket av diskussionen kring ersättningssystem handlar om hur de bäst utformas för att bidra till en jämlik och kvalitativ vård. Landstingen går mot att använda ACG, CNI och diagnosklassning. Dessa parametrar är medicinsktekniskt och kliniskt utformade vilket

³¹http://www.skl.se/vi_arbetar_med/demos/samhallsorganisation_1/valfrihet/valfrihetuppdrag/landstingens_och_regionernas_vardval_2010

³² <http://www.sjukhuslakaren.se/2010/04/29/fritt-vardval-for-specialister-en-het-potatis/>

³³ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

³⁴ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

³⁵ Vägval för Vårdval, sid. 14. http://www.almega.se/web/Vagval_for_Vardval_3.aspx

³⁶ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

bidrar till en läkarfokusering i utformningen av ersättningssystem eftersom det är läkarna som ställer diagnoser.³⁷

Den ojämlika vården

Vilken vård och behandling en person får påverkas av socioekonomiska och geografiska faktorer. Enligt en rapport från ESO (Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi) prioriteras yngre välutbildade patienter med mildare symptom framför svårt sjuka äldre och kroniskt sjuka. Exempel på den ojämlika vården är att äldre patienter oftare får skadlig läkemedelsbehandling om de är lågutbildade än högutbildade. Behandling och överlevnad i cancersjukdomar kan kopplas till social status och var man bor i landet. Bland socialbidragstagare uppger 30 procent att de av ekonomiska skäl har avstått från att söka vård trots att de skulle behövt det. I hela befolkningen är siffran 5 procent.³⁸

Det finns även siffror som visar på skillnader i dödlighet mellan personer med olika utbildningsnivå. Ojämligheten visar sig även bland annat genom att dödstalen i så kallad åtgärdbar dödlighet är betydligt högre för utlandsfödda och lågutbildade än för svenskfödda och högutbildade. Med åtgärdbar dödlighet menas dödlighet i sjukdomar som kan påverkas med insatser inom hälso- och sjukvården och genom folkhälsopolitiken.³⁹

Skillnaden mellan mäns och kvinnors upplevelse av den erbjudna vården är också påtaglig, enligt en undersökning genomförd av United Minds/Cint. Fler än hälften har någon gång avstått från ett läkarbesök just för att inte uppfattas som hypokondriska. Åtta av tio kvinnor upplever sig ha blivit förolämpade i mötet med sjukvården. Undersökningen visar att sjukvården misslyckas i sitt bemötande av kvinnor.⁴⁰

Hjärt-Lungfondens Kvinnohjärtindex 2011 visar att många landsting har förbättrat behandlingen av kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt sedan förra granskningen 2009. Men fortfarande finns det stora variationer mellan landstingen, och på riksnivå behandlas kvinnor i lägre utsträckning än män i samtliga tre granskade hjärtinfarktsbehandlingar.⁴¹

Det medicinska paradigmet styr vårdens utveckling

Vårdens utveckling styrs till stor del av det medicinska paradigmet. Det visar sig inte minst inom vårdvalet. Alltför ofta åsidosätts det tvärprofessionella arbetet. Detta återspeglas också i de nationella kvalitetsregistren som ofta har ett starkt medicinskt fokus. Detta gör att andra professioners insatser i många fall inte syns. Omvårdnadsindikatorer är t.ex.

³⁷ Socialstyrelsen och SKL. Utveckling av ersättningssystem – slutrapport. http://brs.skil.se/brsbibl/kata_documents/doc39790_1.pdf. Sid. 20.

³⁸ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-14/Documents/2010-3-21%20Lägesrapport%202010.pdf>

³⁹ [http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/God%20vård%20Vård%20på%20lika%20villkor%20hur%20jämlig%20är%20vården.pdf)

[72/Documents/God%20vård%20Vård%20på%20lika%20villkor%20hur%20jämlig%20är%20vården.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/God%20vård%20Vård%20på%20lika%20villkor%20hur%20jämlig%20är%20vården.pdf)

⁴⁰ www.unitedmins.com och <http://www.dn.se/debatt/kvinnor-far-samre-var>

⁴¹ <http://www.hjart-lungfonden.se/HLF/Pressrum/Pressmeddelanden/Kvinnohjartindex-2011/>

ovanliga. Läkare står ofta som ansvariga för registren, medan sjuksköterskor sköter inregistreringen. I den av regeringen och SKL genomförda översynen av de Nationella kvalitetsregistren, Guldgruvan i hälso- och sjukvården, påpekar utredaren att detta är ett problem som måste åtgärdas.⁴²

Definitionen av begreppet medicin har förändrats sedan hälso- och sjukvårdslagen beslutades 1982. Det medicinska begreppet inrymmer där också omvårdnad, rehabilitering och andra kunskapsområden. Utvecklingen och etableringen av nya vetenskapliga kunskapsområden inom hälso- och sjukvården innebär att begreppet medicinskt inte längre är något samlande begrepp. (jfr medicinalstyrelsen som blev socialstyrelsen)⁴³

Det hälsofrämjande arbetet växer i betydelse

Det hälsofrämjande arbetet är en starkt växande trend. Eftersom forskning visar att det är levnadsvanorna som bidrar mest till den samlade sjukdomsördan spelar det hälsofrämjande arbetet en allt större roll. Socialdepartementets undersökning ”Den ljusnande framtiden är vård” visar att med bättre hälsa minskas vårdkostnaderna per individ.⁴⁴ Att hälsa och förebyggande arbete är en uppåtgående trend märks också genom att sju av tio vårdcentraler skriver ut friskvård på recept.⁴⁵ Ett annat exempel är nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS). Nätverket är en idéburen verksamhet där det viktigaste kriteriet för medlemskap är viljan att utveckla sin organisation mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Medlemskapet innebär ett beslut hos sjukhusets/vårdorganisationens ledning att verka i denna riktning.⁴⁶

Ohälsan i samhället ökar

Samtidigt som den svenska befolkningen anses bli allt friskare visar rapporter från Folkhälsoinstitutet att ohälsan kostar samhället minst 120 miljarder varje år. Det tunga alkoholmissbruket har ökat med 20 procent de senaste tio åren och det tunga narkotikamissbruket har ökat med 15 procent.⁴⁷

Motståndet mot det hälsofrämjande arbetet

Trots att det hälsofrämjande arbetet växer i betydelse motarbetas det av sjukvårdsapparaten bland annat genom ersättningssystemen i vårdvalen. Medan till exempel sjuksköterskor och barnmorskor vill omorientera sjukvården mot en hälsofrämjande vård vill de som styr

⁴² <http://www.sweden.gov.se/sb/d/13355/a/149077>

⁴³ Analys gjord av Vårdförbundets förbundssekreterare

⁴⁴ <http://www.sweden.gov.se/sb/d/12608/a/148929>

⁴⁵ <http://www.fhi.se/Documents/Metoder/FaR/Landstingen/jonkoping/FaR-inom-primarvarden-i-Jonkoping.pdf>

⁴⁶ <http://www.natverket-hfs.se/>

⁴⁷ <http://www.fhi.se/>

behålla den traditionella synen på det sjukdomsorienterade arbetet.⁴⁸ Helene Johansson har skrivit en avhandling vid Umeå universitet med titeln ”Motstående synsätt om hälsofrämjande: sjukvårdsapparaten vill en sak, personalen en annan”. Studien visar att personalen vill arbeta hälsofrämjande men styrande strukturer i vården förhindrar detta. Bland personalen är stödet starkt för att omorientera hälso- och sjukvården till att arbeta mer sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande. En majoritet anser att hälso- och sjukvården spelar en stor roll för en framtida god hälsoutveckling i befolkningen. Man anser också att hälsoorienteringen är viktig för att göra vården effektivare. Men män och läkare, dvs. grupper som ofta har en hög maktposition, har inte lika positiva attityder till ett mer hälsofrämjande arbetssätt. Sjukvårdsapparaten hämmar det hälsofrämjande arbetet på grund av att det genomsyras av en gammal ’affärsidé’, vilket är en traditionell biomedicinsk syn på hälsa.⁴⁹

Medlemmar i Vårdförbundet om det hälsofrämjande arbetet i vården

Nära nio av tio medlemmar i Vårdförbundet anser att det är mycket viktigt att arbeta hälsofrämjande inom vården. Men betydligt färre arbetar hälsofrämjande i verkligheten. Drygt sex av tio medlemmar uppger att de arbetar hälsofrämjande inom ramen för sina arbetsuppgifter. Bara två av tio medlemmar har särskild tid avsatt för detta arbete. De främsta hindren mot att kunna arbeta hälsofrämjande uppges vara brist på tid, brist på tydliga uppdrag och brist på utbildning.⁵⁰

Positiva krafter för det hälsofrämjande arbetet

Trots det strukturella motståndet mot hälsofrämjande arbete finns också starka och positiva krafter. Vikten av att skapa bättre hälsa blir allt tydligare. Det märks inte minst då ett antal landsting/regioner valt att benämna sin vårdvalsmodell ”Hälsoval”, detta för att ytterligare betona den hälsofrämjande aspekten.

Treårsuppföljningen av Riskbruksprojektet visar att det har skett en stark utveckling på relativt kort tid av det alkoholförebyggande arbetet inom både primärvård och företagshälsovård. Barn- och mödrahälsovårdens arbete med alkoholprevention har också förbättrats. Forskning visar att enkla frågor och rådgivning om alkoholvanor är en av de mest effektiva insatserna hälso- och sjukvården kan genomföra för att minska alkoholkonsumtionen.⁵¹

⁴⁸ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁴⁹ <http://www.medfak.umu.se/om-fakulteten/aktuellt/nyhetsvisning/motstaende-synsatt-om-halsoframjande-sjukvardsapparaten-vill-en-sak-personalen-en-annan.cid145771>

⁵⁰ Undersökning som har genomförts av Novus Opinion på uppdrag av Vårdförbundet. Utredningen finns på enheten Utredning

⁵¹ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

Den privat producerade vården ökar

Privat producerad vård och omsorg utgör cirka 12 procent av den totala hälso- och sjukvården. Privatdriven vård är till 99 procent finansierad med skattemedel. Primärvården drevs 2010 till 26 procent i privat regi, äldreomsorgen till 12 procent och personlig assistans till 53 procent. Andelen privata vårdgivare varierar mycket mellan landstingen. Enligt siffror från SKL har var sjätte vårdtagare under det senaste året vårdats av en privat vårdgivare. Var tredje vårdsökande svensk har någon gång fått sjukvård av en privat vårdgivare. Branschorganisationen Vårdföretagarna har som mål att 50 procent av vården ska utföras av privata aktörer på sikt, med ett första delmål på 25 procent redan 2012.⁵²

Riskkapital i vården

Riskkapitalbolag köper alltmer systematiskt upp bolag i vården. Säkra intäkter och hög avkastning lockar. År 2009 gick 62 miljarder av skattepengar från kommuner och landsting till olika privata aktörer inom skola, vård och omsorg. Det är en ökning med 15 miljarder eller 32 procent jämfört med 2007. 53 Riskkapitalbolag i flera fall tjänat miljardbelopp vid försäljningar av företag inom vård, skola och omsorg. Samtidigt sjunker skattebetalningarna till noll i nittio procent av fallen, enligt Skatteverket. Ett exempel på framgångsrika vårdbolag som ägs av riskkapitalbolag är vårdkoncernen Attendos svenska verksamhet som har ökat sin omsättning med 77 procent.⁵⁴

Nöjdheten med den offentligt drivna sjukvården har sjunkit

Patienterna har i mätningar under många år gett primärvården höga betyg. Under de senaste åren har dock värderingen av kvalitet och service inom sjukvården varierat en hel del. Enligt mätningar från Svenskt Kvalitetsindex har nöjdheten med den offentligt drivna sjukvården sjunkit något de senaste åren, medan nöjdheten med den privatdrivna öppenvården har ökat och behåller en tät position. De som är minst nöjda är personer som besökt akutmottagningar, medan de som besökt privatläkare eller gjort förbokade besök på sjukhus är mest nöjda. Högsta andelen klagomål rapporteras för den offentligt drivna sjukvården.⁵⁵

Privatdriven vård har i genomsnitt högre löner

Totalt är 660 000 personer sysselsatta inom vård- och omsorgssektorn och 16 procent arbetar i ett vård- och omsorgsföretag. En privatanställd sjuksköterska tjänade 2008 dryga 2 600 mer i månaden än sina kollegor inom den offentliga sjukvården. På specifika inriktningar eller befattningar kan det dock se annorlunda ut, men på en generell nivå har

⁵² http://www.vardforetagarna.se/web/fakta_1.aspx

⁵³ http://www.svd.se/naringsliv/skattepengar-lockar-riskkapitaljattar_5992389.svd

⁵⁴ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁵⁵ <http://www.kvalitetsindex.se/index.php?option=content&task=view&id=66>

den privatdrivna vården högre löner. Lönegapet mellan privat och offentlig sektor ökade under 2004-2009. Ökningen av lönegapet stämmer överens på alla yrkesgrupper inom Vårdförbundet förutom på barnmorskorna där lönegapet har minskat under samma period.⁵⁶

Låg organisationsgrad i den privata vården

Den fackliga organiseringen inom den privat drivna vården och som egen företagare är inte självklar. Detta gäller inte bara Vårdförbundet. Kommunal har till exempel valt att under år 2010 satsa 70 miljoner och 25 nya ombudsmän för att stärka det fackliga arbetet inom privatvården.⁵⁷

Utvecklingen av säkerhetskulturen i vården

Varje år drabbas nästan var tionde patient av skador under vårdtiden på sjukhus. Av dessa får tio procent bestående men eller funktionsnedsättning. För tre procent av patienterna är vårdskadan så allvarlig att den orsakar eller bidrar till patientens död. Den extra vårdtiden till följd av vårdskadorna motsvarar cirka 630 000 vårddygn till en kostnad av nästan sex miljarder kronor per år.⁵⁸

Omfattningen av vårdskador och kostnaderna för dessa har blivit belysta i olika sammanhang de senaste åren och kommit högt upp på den politiska dagordningen. Det har också börjat växa fram en förståelse för att det är mänskligt att fela även för vårdpersonal. Utvecklingen går mot att vården skapar en säkerhetskultur liknande den som finns i andra högriskbranscher där betoningen ligger på system och rutiner.⁵⁹

Patientsäkerheten en nyckelfråga för framtiden

Regeringen pekar ut frågan om patientsäkerhet som en mycket viktig fråga för framtiden. Socialdepartementet, Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialstyrelsen är tre viktiga aktörer inom patientsäkerhetsområdet. Under de tre senaste åren har de tagit flera initiativ som drivit patientsäkerheten framåt.

De främsta förändringarna är:

- Ny patientsäkerhetslag
- Nationell samling för patientsäkerhet
- Ny myndigheten för vårdanalys
- Patientsäkerhetsstrategi 2011

⁵⁶ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Utredning

⁵⁷ <http://www.kvalitetsindex.se/index.php?option=content&task=view&id=66>

⁵⁸ <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/varadskadematinningar>

⁵⁹ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

- Förbättrade hygienrutiner och uppföljning av vårdrelaterade infektioner
- Säker läkemedelshantering
- Öppna jämförelser, kvalitetsregister och standardisering

Ny patientsäkerhetslag

Den 1 januari 2011 trädde patientsäkerhetslagen i kraft. Enligt lagen har vårdgivare ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt och förebyggande patientsäkerhetsarbete. Händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada ska utredas och användas i det förebyggande arbetet. Patienter och närstående ska erbjudas möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Patienter ska också informeras om de har drabbats av vårdskador.

Ansvar för att pröva klagomål från patienter har flyttats från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen skall i sin utredning av klagomålen fokusera på att hitta orsakerna till att det blev fel och vad som behöver göras för att det inte ska hända igen. Disciplinpåföljderna varning och erinran har ersatts bland annat av en utökad möjlighet att rikta kritik och vidta åtgärder mot såväl vårdgivare som hälso- och sjukvårdspersonal. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten ska av vårdgivaren rapporteras till Socialstyrelsen. Möjligheterna att föreskriva provotid och återkalla legitimation utvidgas.⁶⁰

Nationell samling för patientsäkerhet

För att visa hur viktig det är att arbeta gemensamt för att stärka patientsäkerhetsarbetet har regeringen tagit initiativ till nationell samling för patientsäkerhet. Här ingår flera aktörer som exempelvis Socialdepartementet, Socialstyrelsen, SKL, Vårdförbundet, Läkarförbundet, Vårdföretagarna, m.fl. Nationell samling ska med utgångspunkt från patientsäkerhetslagen ta ett strategiskt grepp om patientsäkerhetsfrågorna och arbeta för att med olika initiativ och verktyg åstadkomma en säkrare vård för patienten och brukaren inom all hälso- och sjukvård. Deltagarna ska tillsammans bidra till att skapa en ny patientsäkerhetskultur som präglar hela hälso- och sjukvården.⁶¹

Ny myndighet för vårdanalys

Myndigheten för vårdanalys är en nybildad myndighet som är under uppbyggnad. Myndigheten har till huvuduppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp hälso- och sjukvården, tandvården samt verksamheter i gränssnittet mellan vård- och omsorg.⁶²

⁶⁰ <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/nylagompatientsakerhet>

⁶¹ <http://www.sweden.gov.se/sb/d/13604>

⁶² <http://www.vardanalys.se/>

Nätverket för patientsäkerhet

Nätverket för patientsäkerhet består av SKL, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), Vårdförbundet, Läkarförbundet, Vårdföretagarna och Kommunal. De har tagit många betydelsefulla patientsäkerhetshöjande initiativ. Som exempel kan nämnas checklisten för säkra operationer, kommunikationsverktyget SBAR, säker bukkirurgi, säker läkemedelshantering med fokus på läkemedelsförpackningar, rökstopp vid operationer mm.⁶³

Patientsäkerhetsatsning 2011

Regeringen och SKL har i en överenskommelse enats om en prestationsbaserad ersättningsmodell för patientsäkerhetsarbete i landstingen. De landsting som åstadkommer förbättringar får dela på 400 miljoner. Överenskommelsen syftar till att, genom ekonomiska incitament och med patientens behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensivifiera patientsäkerhetsarbetet i landstingen. Förbättringsområdena är: patientsäkerhetsberättelse, säkerhetskultur, antibiotikaanvändning, hygien, trycksår, införande av den Nationella Patientöversikten och genomförande av patientenkät inom primärvården.⁶⁴

Antibiotikaresistens ett växande folkhälsoproblem

Bakterier som utvecklat resistens mot antibiotika är ett växande folkhälsoproblem som orsakar ökad sjuklighet och dödlighet. Det medför också stora kostnader för sjukvården bland annat i form av förlängda vårdtider och dyrare läkemedel. Omkring 25 000 patienter beräknas dö varje år i Europa till följd av antibiotikaresistens. Den europeiska smittskyddsmyndigheten menar dock att statistiken är ofullständig och uppskattar att det kan röra sig om fem eller tio gånger fler dödsfall och då kan det handla om en kvarts miljon döda om året.⁶⁵

Det preventiva arbetet med vårdhygien och goda hygienrutiner i samhället går hand i hand med arbetet att bromsa resistensutvecklingen. Genom att minska smittspridning och antalet infektioner minskar man även behovet av antibiotika. En positiv förändring är att SKL numera genomför nationella mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete samt punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner (VRI).⁶⁶

⁶³ <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2010/9/Nytt-natverk-for-forskning-om-patientsakerhet/>

⁶⁴ <http://www.regeringen.se/sb/d/13456/a/157969>

⁶⁵ <http://www.smittskyddsinstitutet.se/amnesomraden/antibiotikaresistens/>

⁶⁶ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

Säker läkemedelshantering

Drygt en fjärdedel av de vårdskador som har identifierats av Socialstyrelsen orsakas av felaktig läkemedelsbehandling. Många läkemedelsfel uppstår på grund av brister vid informationsöverföring mellan olika vårdverksamheter. Ungefär 100 000 läkemedelsrelaterade sjukhusinläggningar görs varje år och kostnaderna uppgår till ungefär 10 miljarder kronor. En stor del av dessa är äldre människor med långvarig behandling och många läkemedel. Mer än vad fjärde patient får läkemedel som i själva verket är olämpliga för äldre människor.⁶⁷

Aktiviteter för att förbättra och effektivisera läkemedelsanvändningen pågår på många håll. Socialdepartementet har tillsatt en grupp för att arbeta fram en nationell läkemedelsstrategi. Den skall vara klar till sommaren 2011. Vårdförbundet ingår i en referensgrupp. SKL arbetar med ett åtgärdsprogram som handlar om att säkra läkemedelsprocessen. Fokus ligger här på att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar genom läkemedelsavstämningar.

Läkemedelsverket har bildat ett centrum för bättre läkemedelsanvändning. Uppdraget går ut på att samordna nationella insatser och forskningsprojekt som rör läkemedelsanvändning.⁶⁸

Nätverket för patientsäkerhet har tillsatt en arbetsgrupp som ska ta fram förslag på hur man ska minska risken för förväxlingar av läkemedel. Arbetet inriktas i första hand på läkemedelsförpackningar. Arbetet sker gemensamt med Läkemedelsverket.⁶⁹

Öppna jämförelser, kvalitetsregister och standardisering

Regeringen beslutade juni 2009 om en strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Öppna jämförelser är en uppsättning indikatorer som redovisas återkommande och som beskriver verksamheter med avseende på kvalitet och effektivitet. Syftet är att stimulera utvecklingen av en jämlik och effektiv socialtjänst och hälso- och sjukvård med god kvalitet.⁷⁰

Nationella kvalitetsregister är viktiga för att kunna förbättra kvalitén i vården. Idag finns 71 så kallade "Nationella Kvalitetsregister" i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Ytterligare cirka 100 nationella register utan statlig finansiering finns samt ett antal lokala. Alla Nationella Kvalitetsregister innehåller personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling, och resultat. Registren används främst för att mäta och jämföra resultat, samt följa upp effekter av olika behandlingsmetoder.⁷¹

⁶⁷ <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/lakemedel>

⁶⁸ <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2010/Lakemedelsverket-far-ny-tung-roll-for-battre-svensk-lakemedelsanvandning/>

⁶⁹ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁷⁰ http://www.sk1.se/vi_arbetar_med/oppnajokforelser

⁷¹ <http://www.kvalitetsregister.se/>

Standardiseringsarbetet i vården syftar främst till att öka säkerheten. Genom att medicintekniska produkter håller fastställd standard kan man undvika felbehandlingar, patient- och personalskador samt onödiga kostnader. Antalet standarder inom vårdområdet är ca 700 och de uppdateras regelbundet. Inom vården pågår standardiseringsarbete inom många olika områden framför allt inom ramen för SIS. Ett exempel är standardiseringen av stickskydd för att motverka stick och skärskador. En genomgående trend är att allt fler standarder utvecklas till att även omfatta metoder och processer.⁷²

Ökande antal överbeläggningar

Antalet vårdplatser på de svenska sjukhusen har successivt dragits ned under de senaste decennierna. Samtidigt har befolkningen i storstadsregionerna ökat utan en motsvarande anpassning av vårdplatsantalet. Detta gör att Sverige i dag har lägst antal vårdplatser jämfört med europeiska länder, enligt OECD-statistik från 2004. Svenska sjukhus erbjuder 2,2 vårdplatser inom korttidsvård per 1000 invånare, vilket kan jämföras med länder som Österrike och Tyskland som har tre gånger så många platser. Minskningen av vårdplatser beror framför allt på Ädelreformen 1992 då många vårdplatser överfördes till kommunernas äldrevård samt återkommande ekonomiska åtstramningar.

Parallellt med neddragningarna av vårdplatser har överbeläggningarna sakta men säkert ökat. Överbeläggningarna äventyrar både patientsäkerheten och vårdpersonalens hälsa. Situationen har nu blivit så allvarlig att både Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket på bred front har börjat med en aktiv tillsyn och sanktioner. En åtgärd är att ta fram en definition av begreppet ”överbeläggning” som saknas idag.⁷³

Utvecklingen av eHälsa

eHälsa är samlingsbegreppet för hur den nya tekniken skall stödja och utveckla främjandet av hälsa. Det omfattar både vårdens interna informationssystem och e-tjänster som riktar sig till invånarna. Den Nationella IT-strategin för vård och omsorg som lanserades våren 2006 uppdaterades i juni 2010 till ”Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg”. Syftet med uppdateringen var att flytta fokus från den tekniska infrastrukturen till nyttan för invånare och vård- och omsorgsverksamheten.⁷⁴

⁷² Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁷³ - Socialstyrelsen Överbeläggningar – utlokalisering av patienter. Rapport från en nationell tematisk verksamhetstillsyn vid 6 sjukhus tisdagen den 5 augusti 2008

- Socialstyrelsen. Vårdgivarnas beredskap för hantering av Patientsäkerhetsrisker vid överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn av 38 vårdgivare – sommaren 2009

- Socialstyrelsen. Tillgång på vårdplatser. Rapport 2010

⁷⁴ <http://www.regeringen.se/sb/d/10671>

De senaste åren har kännetecknats av en snabbt ökande datorisering av informationshanteringen inom specialistsjukvården. Idag beräknas 97 procent ha IT-stöd för vårdokumentation. Primärvården har sedan länge haft datoriserade patientjournaler. Allt fler landsting inför gemensamma journalsystem för all vård för att effektivisera kommunikationen mellan olika enheter. Fortfarande släpar dock kommunerna efter och det är endast i ett fåtal fall man har en effektiv informationsöverföring mellan olika vårdgivare.

Totalt har 16 landsting IT-stöd för all vårddokumentation och övriga är på väg. Landstingen arbetar också med att skapa enhetliga system för att vårdinformationen skall kunna följa patienten mellan olika enheter. Antingen genom att införa ett system i hela landstinget eller genom att möjliggöra kommunikation mellan olika system.⁷⁵

Ökade satsningar på eHälsotjänster

Regeringens nya IT-minister, Anna-Karin Hatt, säger att hon vill att Sverige ska bli världens mest framgångsrika digitala samhälle. I denna strävan innefattas även eHälsoutvecklingen i vården. Vårdförbundets idé om Min Vårdbok kan nu anses vara ett koncept som är allmänt accepterat.

I handlingsplanen som Center för eHälsa i samverkan (CeHis) tagit fram för 2010- 2012 kommer man att öka satsningarna på eHälsotjänster riktade till invånarna. Ansvar för införandet av dessa tjänster ligger i de flesta fall fortfarande på de enskilda vårdgivarna. Brist på resurser och kompetens gör att de flesta kommunerna och små privata vårdgivare även fortsättningsvis kommer att ha svårt att klara kraven på eHälsoutveckling.⁷⁶

Oroande gap mellan förväntningar och vad IT-systemen faktiskt kan prestera

Vårdförbundet har tillsammans med Läkarförbundet, Kommunal, SKTF och organisationen UsersAward under 2010 genomfört en uppföljning av användarundersökningen VårdIT- kartan från 2004, VårdIT-rapporten. Resultaten pekar på ett ökande gap mellan vårdpersonalens förväntningar och vad IT-systemen faktiskt kan prestera, vilket leder till ökande frustration. Samtidigt som man uppger att IT-systemen sparar personalens tid anser bara en tiondel av medlemmarna att IT-systemen faktiskt har gett dem mer tid för patienterna under de senaste tre åren. Sjuksköterskor och barnmorskor uppger att de skulle kunna spara en dryg halvtimme per arbetspass om systemen fungerade bättre. En försiktig beräkning visar att det motsvarar en onödig kostnad på cirka 2 miljarder kronor per år.

Under den senaste tiden har patientsäkerhetsfrågorna kopplade till IT-systemen lyfts fram. En genomgång visar att många Lex Maria- anmälningar har sin grund i problem med

⁷⁵ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁷⁶ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

hanteringen av IT-systemen. Särskilt läkemedelshanteringen har här kommit i blickpunkten efter inträffade dödsfall.⁷⁷

Professionsutveckling

Professionsutvecklingen ur ett internationellt perspektiv

Bristen på hälso- och sjukvårdspersonal i världen är stor. WHO räknar med att det fattas fyra miljoner av alla yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Därför genomför många länder radikala omstruktureringar för att klara verksamheten. WHO beslutade 2010 att det inte är tillåtet att rekrytera vårdpersonal från länder där det råder brist.⁷⁸

Sänkta krav på yrkenas grundkunskaper men ökade krav i regelverken

På grund av bristen på hälso- och sjukvårdspersonal i många länder finns en tendens att generellt sänka kraven på yrkesutövarnas grundkunskaper men samtidigt skärpa regelverken.⁷⁹ I USA och Kanada har man länge varnat för kortutbildningarna som tagits fram för att lösa sjuksköterskebristen. Man utbildar t.ex. läkarassistenter för att täcka bristen på operationssjuksköterskor. Inom EU diskuteras ”Skill mix” och ”Task Shifting” som en realitet. EU beskriver bristen på personal inom hälso- och sjukvården som ett stort problem⁸⁰.

Direktiv 2005/36/EG – erkännande av yrkeskvalifikationer

Direktivet har haft en avgörande betydelse för framförallt våra yrken i anslutning till Sveriges medlemskap i EU. Vi fick då förlängd utbildning tack vare direktiven vilket vi drivit under många år. Direktiv 2005/36/EG är inget nytt direktiv, det är en sammanslagning av ett flertal olika direktiv med nytt namn. Det handlar om att personer som har erhållit sina yrkeskvalifikationer i en medlemsstat ska få tillträde till samma yrke och utöva det i en annan medlemsstat med samma rättigheter som dess medborgare. Just nu pågår en översyn av direktivet och en grönbok kommer till hösten 2011. Detta kan bli en utmaning mot akademiseringen av yrkena i Vårdförbundet.⁸¹

Attraktiva yrken

Unga personer uppfattar yrkena barnmorska, biomedicinsk analytiker, röntgensjuksköterska och sjuksköterska som attraktiva. Den främsta anledningen till att

⁷⁷ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁷⁸ <http://www.who.int/en/>

⁷⁹ Uppgifter från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁸⁰ EU 2020 är EU:s nya sysselsättnings- och tillväxtstrategi som ersätter Lissabonstrategin

⁸¹ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

unga lockas till professionerna är att de vill arbeta med människor och de uppfattar att vården är en spännande arbetsplats.⁸²

Vi är eftertraktade på arbetsmarknaden

Arbetsförmedlingen har sammanställt en lista över de yrken där flest pensionsavgångar väntas de närmsta 15 åren. Sex av tio-i-topp tillhör Vårdförbundets yrkesgrupper. Arbetsförmedlingens prognoser visar att yrkesgrupperna inom Vårdförbundet kommer att vara mycket eftertraktade i framtiden. Detta beror dels på de stora pensionsavgångarna inom vården och dels att allt fler äldre behöver vård. AMS säger att de aldrig tidigare har sett så stora behov av att anställa inom vård och omsorg som de kommande tio åren.⁸³

Professionsutvecklingen ur ett nationellt perspektiv

Medlemmarna i Vårdförbundet tillhör yrken med en gammal yrkeskultur, men är nya som professioner i en allt snabbare vårdutveckling. Våra yrken har gått från yrkesutbildning till högskoleutbildning som grund för yrkesutövningen. Generationsväxlingen medför att de unga har med sig en akademisk utbildning ut i yrkeslivet. En sådan professionsutveckling medför å ena sidan möjligheter men å andra sidan spänningar mellan de gamla och nya yrkesutövarna. Det är en generell utmaning för många yrkesgrupper på arbetsmarknaden. När den gamla erfarenhetskunskapen möter den nya teoretiska/akademiska utbildningen kan konflikter och spänningar uppstå på arbetsplatserna. Vikten av kollegors lyhördhet och öppenhet för både erfarenhet och teoretisk kunskap blir då betydelsefull för en fortsatt professionsutveckling. Det behövs även system i vården där professionernas nya kunskaper bättre tas om hand och värdesätts.⁸⁴

Vårdens utveckling påverkar kompetenskraven

Vården har utvecklats till att bli en alltmer kunskapsintensiv bransch. Under åren 2005-2008 stod kunskapsintensiva tjänstebranscher för en sysselsättningsökning på drygt 132 000 arbetstillfällen enligt statistik från SCB. Det visar på en utveckling som speglar den pågående strukturomvandlingen från industri till tjänster, med en ökad efterfrågan på specialistkunskaper inte minst inom vården. Trenden är att utvecklingen inom vården ställer allt högre krav på utbildning hos professionerna och ett livslångt lärande.

Ett exempel på hur vårdens utveckling påverkar kompetenskraven är ambulanssjukvården. Socialstyrelsen har höjt kompetenskraven för läkemedelshantering i ambulanserna och därmed öppnat nya möjligheter till vårdutveckling. Ambulanssjuksköterskorna är en

⁸² Undersökning genomförd av Novus Opinion på uppdrag av Vårdförbundet. Undersökningen finns hos enheten Utredning.

⁸³ <http://www.arbetsformedlingen.se/For-arbetssookande/Stod-och-service/Platsjournalen/Platsjournalen-textarkiv/Heta-jobb-om-fem-ar---Platsjournalen-nr-46-2010.html>

⁸⁴ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

nyckelkompetens när det gäller att utveckla snabbspåren inom akutvården. Genom att flytta ut triageringen och den initiala vården från akutmottagningen till hämtplatsen kan ledtiderna kortas, lidandet minskas och prognosen för patienterna förbättras. Exempel på snabbspår är Höftlinjen, Hjärnvägen, Åldersstigen och snabbspåret för hjärtinfarkter till PCI-lab.⁸⁵

Vården präglas av inomprofessionella kulturer

Den svenska sjukvården präglas av starka inomprofessionella kulturer, men också av revir och konkurrens mellan yrkesgrupper. Det hindrar utvecklingen av en mer modern kunskapsorganisation där arbetsuppgifter utförs på basis av reell och inte formell kompetens. Den bristande kommunikationen som detta orsakar äventyrar patientsäkerheten. En av de vanligaste orsakerna bakom tillbud i vården är att kommunikationen brustit.⁸⁶

Kommunikationsverktyget SBAR som är ett strukturerat sätt att lämna och ta emot viktig information om en patients tillstånd har mottagits positivt ute i vårdverksamheten.⁸⁷

Vårdens ledarskap

Den ökade komplexiteten i vården samt kraven på kostnadskontroll, säkerhet och kvalitetssäkring har ökat kraven på vårdens chefer och ledare. Trots detta präglas vården av det medicinska paradigmet. Våra professioner utestängs från högre chefspositioner och ledningsgrupper. Detta trots långvarigt opinionsarbete och att hindren i regelverket sedan länge undanröjts.⁸⁸

Ledande politiker som till exempel Filippa Reinfeldt, sjukvårdslandstingsråd i Stockholm, säger att läkarna inte borde vara de självklara ledarna inom vården i framtiden. Hon ser ett problem med läkardominansen på chefsstolarna och vill se en förändring i framtiden. Liknande uttalanden har gjorts i många år men i praktiken har inga avgörande förändringar skett.⁸⁹

På ett av FAMNA:s seminarier under Almedalsveckan 2010 diskuterades vårdens ledarskap och behovet av en framtida ledarskapsakademi för vårdens ledarskap. Det är ett problem att dagens chefsutbildningar inom vården sköts internt och har liten anknytning till den akademiska världen och forskningen.

⁸⁵ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁸⁶ Socialstyrelsens rapport "Vem får göra vad inom hälso – och sjukvården och tandvården"

⁸⁷ http://www.skil.se/web/SBAR_finns_nu_i_nytryck.aspx

⁸⁸ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁸⁹ <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2010/07/04/m-ser-inte-lakare-som-bast/index.xml>

Vårdförbundet utmanas som den naturliga organisationen för chefer och ledare inom våra professioner av Ledarna. Det senaste decenniet har antalet medlemmar med dessa befattningar minskat från ca 10 000 till ca 7 300.⁹⁰

Forskningsutvecklingen inom professionsområdena

Under de senaste 30 åren har forskningen inom Vårdförbundets professionsområden ökat markant i omfattning och betydelse. Idag finns ca 1200 disputerade och ett 100-tal professorer i Sverige. Yrkesgrupperna inom Vårdförbundet har numera möjligheter att få del av de forskningsresurser som finns i samhället.⁹¹

Förbättringskunskap ett viktigt strategiskt område

Förbättringskunskap omfattar kunskaper som systemförståelse, metoder att mäta resultat och analysera variation, förändringspsykologi, ledarskap och lärandestyrkt förändringsarbete. Begreppet är nära besläktat med kvalitetsutveckling och kvalitetsteknik som i första hands används inom industri och produktion. Begreppet förbättringskunskap används i Sverige främst inom vården. Socialstyrelsen har i sin skrift ”God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” presenterat riktlinjer för hur förbättringskunskap kan tillämpas i svensk hälso- och sjukvård.⁹²

Förändringsarbete är en del av förbättringskunskap. Arbete med förändringar i vården kräver professionella kunskaper och färdigheter tillsammans med kunskaper i förändringsarbete. De utmaningar som vården står inför kommer att öka betydelsen av förbättringskunskap. Vårdförbundet har i samarbete med Kultorum ett pågående ledarskapsutvecklingsprogram för chefer och ledare.⁹³

Ökade satsningar på entreprenörskap inom vård och omsorg

Sedan regeringsskiftet 2006 har satsningen på företagande i vård och omsorg och kvinnligt företagande fått en märkbar skjuts. Regeringen har beslutat om insatser för att främja entreprenörskap i vård- och omsorgsutbildningar samt att utveckla kunskap om entreprenörskap inom vård och omsorg. Tillväxtverket och Skolverket ska gemensamt sprida information och genomföra kunskapshöjande insatser som främjar entreprenörskap inom vård- och omsorgsutbildningar i gymnasieskolan, kommunala vuxenutbildningen och högskolan.⁹⁴

Tillväxtverket och Myndigheten för tillväxtpolitiska studier och analyser ska genomföra fördjupade studier och analyser för att följa utvecklingen av marknaden för

⁹⁰ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁹¹ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁹² <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-101-2>

⁹³ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁹⁴ <http://www.regeringen.se/sb/d/12399/a/136921>

entreprenörskap inom vård och omsorg och sprida kunskap om detta under perioden år 2010-2012.

Tillväxtverket har genomfört ett fyraårigt program med fokus på kvinnligt företagande med utlysning av pengar till olika projekt. Ambassadörer för kvinnligt företagande har utsetts. Länsstyrelserna runt om i landet har varit ansvariga för regionala projekt inom ramen för programmet ”Kvinnligt företagande”. Länsstyrelserna har också förmedlat projektpengar till företagande i huvudsak från EU sociala fonder. Tillväxtverket har bedrivit ett särskilt program för området företagande i vård och omsorg.⁹⁵

Regeringen har samtidigt gett projektstöd till två lite större program där bland annat Vårdförbundet varit projektägare för projektet ”Förändringskraft”. Ideella sektorn deltar i satsningar inom område för social företagande i vård och omsorg.

Flera förändringar i lagen om upphandling har genomförts. Både inom Lagen om offentlig upphandling LOU, Lagen om försörjningsstöd LUF samt en helt ny lag Lagen om valfrihetsystem LOV (2009) samt ett regeringsbeslut att det skall vara obligatoriskt för landsting/region att använda LOV i primärvården vårdval.

Upphandling enligt LOU inom vård och omsorg är inget nytt. Ökat intresse och krav på att på handlarna/upphandlingsprocesser ska omfattas av förnyelsearbete. Det får ett aktivt stöd av myndigheter som Kammarkollegiet, Tillväxtverket, Vinnova och branschen självt där SKL en viktig aktör.

Det mesta talar för att regeringen kommer att göra en fortsatt satsning på företagande inom vård och omsorg dels genom att programmet ”Kvinnligt företagande” fortsätter, program för uppföljning av vårdval genomförs, ett särskilt program för nystartsprojekt kommer sannolikt att startas. Då är det tänkt att den som vill starta företag skall få en ”rådgivningscheck” och gå till den rådgivare de vill.⁹⁶

Vårdvalet gynnar inte professionsutvecklingen

Många medlemmar i Vårdförbundet upplever att ersättningssystemen påverkar innehållet i arbetet mer än kraven i uppdragsbeskrivningarna. Flertalet huvudmän har valt en traditionell primärvårdsmodell, där valfriheten begränsas. Det gynnar inte självständighet, kunskaps- användning och stimulerar inte till utveckling inom våra professionsområden.⁹⁷

⁹⁵ <http://www.tillvaxtverket.se/kvinnorsforetagande>

⁹⁶ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

⁹⁷ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

Utvecklingen av arbetsmarknaden

Årsrapport NPS är Socialstyrelsens analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Syftet med rapporten är att bedöma hälso- och sjukvårdens tillgång och efterfrågan på dessa yrkesgrupper. Rapporten visar att samtliga berörda yrkesgrupper har en hög etableringsgrad efter examen, låg arbetslöshet och positiv eller ingen nettoimmigration (skillnaden mellan invandring och utvandring).⁹⁸

Utvecklingen av arbetsmarknaden för sjuksköterskor

Socialstyrelsen bedömer att arbetsmarknaden för sjuksköterskor är i balans. Arbetslösheten är låg och etableringsgraden efter examen är hög.⁹⁹ Prognosinstitutets beräkningar visar en viss brist på sjuksköterskor under prognosperioden fram till 2025. Detta då det totala behovet av sjuksköterskor kommer att bero på behovet inom kommunal äldreomsorg.

Landstingen uppger att de har svårt att rekrytera erfarna sjuksköterskor, men framför allt även specialistutbildade sjuksköterskor. Rekryteringssvårigheterna varierar mellan landstingen. Även vilken eller vilka specialister som upplevs vara svårrekryterade varierar. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården med ny teknik och nya metoder leder till ökad efterfrågan på specialistsjuksköterskor. Idag beräknas knappt hälften av alla sjuksköterskor vara specialistutbildade, en siffra som sjunkigt sedan år 1995 då omkring 65 % var specialistutbildade. Socialstyrelsen menar att balansen på arbetsmarknaden troligen skulle förbättras om fler sjuksköterskor erhöll specialistutbildning.¹⁰⁰

Ett exempel på områden som är särskilt berörda av stora pensionsavgångar är specialistutbildade psykiatrisjuksköterskor och distriktssköterskor. Enligt siffror från SKL kommer under de närmaste 10 åren drygt 2100 sjuksköterskor med psykiatrisk inriktning att pensioneras. Med bibehållen utbildningsvolym tillkommer drygt 800. SKL föreslår satsningar för ökad utbildningsvolym och samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen och högskolorna.¹⁰¹ När det gäller distriktssköterskorna når två tredjedelar pensionsåldern under åren 2010-2025.

Vårterminen 2010 var det 7275 sökande till 2655 platser på sjuksköterskeutbildningen, dvs. 2,7 sökande per plats. Vårterminen 2009 var det 2,2.¹⁰²

På specialistutbildningarna var det vårterminen 2010 1793 sökande till 813 platser, dvs. 2,2 sökande per plats. Vårterminen 2009 var det 1,9.¹⁰³

⁹⁸ <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17902/2010-1-10.pdf>

⁹⁹ <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17902/2010-1-10.pdf>

¹⁰⁰ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-1-10>.

¹⁰¹ Varför utbildas så få? Planeringsstöd Specialistisjuksköterskor inför "generationsskiftet" utgiven av Sveriges Kommuner och Landsting.

¹⁰² <http://www.hsv.se/statistik/statistikomhogsolan/sokandetryck/sokandetrycktomt2007.4>

[.531ccc7d115b3bf5a1580002687.html?struts.portlet.action=/nudev/resultat&sv.url=12.531ccc7d115b3bf5a1580002696&](http://www.hsv.se/statistik/statistikomhogsolan/sokandetryck/sokandetrycktomt2007.4.531ccc7d115b3bf5a1580002687.html?struts.portlet.action=/nudev/resultat&sv.url=12.531ccc7d115b3bf5a1580002696&)

¹⁰³ <http://www.hsv.se/statistik/statistikomhogsolan/sokandetryck/sokandetrycktomt2007.4>

[4.531ccc7d115b3bf5a1580002687.html?struts.portlet.action=/nudev/resultat&sv.url=12.531ccc7d115b3bf5a1580002696&](http://www.hsv.se/statistik/statistikomhogsolan/sokandetryck/sokandetrycktomt2007.4.531ccc7d115b3bf5a1580002687.html?struts.portlet.action=/nudev/resultat&sv.url=12.531ccc7d115b3bf5a1580002696&)

Utvecklingen av arbetsmarknaden för barnmorskor

Socialstyrelsens bedömning är att efterfrågan på barnmorskor överstiger tillgången något. Arbetsmarknaden kännetecknas av låg arbetslöshet, hög etableringsgrad efter examen och mycket liten migration. Enligt Socialstyrelsens enkätundersökning uppfattar hälften av landstingen att efterfrågan är större än tillgången, resterande landsting uppfattar att det råder balans på arbetsmarknaden. Framöver väntas dock stora pensionsavgångar, vilket kommer att påverka balansen. Knappt sju procent av kåren är 34 år och yngre och 34 procent 55 år och äldre. Tar man åldersgruppen 50 år och äldre är det hela 56 procent av kåren som finns i det spannet.¹⁰⁴

Vårterminen 2010 var det 480 sökande till 150 platser på barnmorskeutbildningen, dvs. 3,2 sökande per plats. Vårterminen 2009 var det 3,1.¹⁰⁵

Utvecklingen av arbetsmarknaden för biomedicinska analytiker

Prognoserna för biomedicinska analytiker pekar mot att det krävs mer än en fördubbling av antalet nyutexaminerade för att motsvara rekryteringsbehovet när de stora pensionsavgångarna inom yrket kommer. Flera arbetsgivare bedömer att det idag råder balans på arbetsmarknaden, medan en tredjedel av arbetsgivarna anger att det råder brist på yrkeserfarna. Stora pensionsavgångar väntas inom den närmaste femtonårsperioden, då cirka 60 procent av de förvärvsarbetande idag är över 50 år.¹⁰⁶ Inom de närmaste fem åren prognostiseras att arbetsstyrkan av biomedicinska analytiker kommer att minska med 13 procent. Tillgången på biomedicinska analytiker förväntas halveras fram till år 2025 samtidigt som efterfrågan väntas öka inom framförallt hälso- och sjukvården. På sikt kan det därför bli mycket stor brist på personer med denna utbildning.¹⁰⁷

Vårterminen 2010 var det 37 sökande till 33 platser på utbildningen till Biomedicinsk analytiker, dvs. 1,1 sökande per plats. Vårterminen 2009 var det 1,2.¹⁰⁸

Utvecklingen av arbetsmarknaden för röntgensjuksköterskor

Nästan hälften av röntgensjuksköterskorna är under 35 år, vilket förklaras med att den nuvarande utbildningen som leder till legitimation är ny och många som genomgått den är unga och nyutexaminerade. Vissa landsting uppger att det är svårt att rekrytera röntgensjuksköterskor. Saco konstaterar att det kommer att råda brist på röntgensjuksköterskor, d.v.s. att det finns fler arbeten än utbildade.¹⁰⁹

¹⁰⁴ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-1-10>. Sid. 52.

¹⁰⁵ http://www.hsv.se/statistik/statistikomhogsolan/sokandetryck/sokandetrycktomvt2007_4.531ccc7d115b3bf5a1580002687.html?struts.portlet.action=/nudev/resultat&sv.url=12.531ccc7d115b3bf5a1580002696&

¹⁰⁶ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-1-10>. Sid. 28.

¹⁰⁷ <http://www.hsv.se/download/18.6acb18771274a21a9197ffe1810/1001R-hogskoleutbildningarna-arbetsmarknad.pdf>. Sid. 28-29.

¹⁰⁸ http://www.hsv.se/statistik/statistikomhogsolan/sokandetryck/sokandetrycktomvt2007_4.531ccc7d115b3bf5a1580002687.html?struts.portlet.action=/nudev/resultat&sv.url=12.531ccc7d115b3bf5a1580002696&

¹⁰⁹ <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17902/2010-1-10.pdf>. Sid. 47. 2010-08-18.

Vårterminen 2010 var 114 sökande till 45 platser på utbildningen till röntgensjuksköterska, dvs. 2,5per plats. Vårterminen 2009 var det 2,0.¹¹⁰

Professionsutvecklingen yrke för yrke

Sjuksköterskor

Vården utvecklas i allt snabbare takt och därmed behöver också sjuksköterskornas kompetens ständigt fyllas på i ett livslångt lärande. Sjuksköterskornas professionsutvecklingar har utvecklats i över 30 år. Det finns ett tusental disputerade. Trots detta når inte forskningsresultaten i tillräcklig omfattning ut i det dagliga omvårdnadsarbetet. Forskningen visar att ca hälften av sjuksköterskorna använder sig av forskningsresultat i sitt arbete. Inom den kommunala verksamheten är siffran så låg som 20 procent. Ser man till hela vårdsektorn är orsakerna till detta flera. Det saknas bland annat system i verksamheten för forskningsanvändning, det finns för få vårdutvecklare med tillräcklig akademisk utbildning. De disputerades kunskap tas inte tillvara, det finns mycket få särskilda anställningsformer för disputerade sjuksköterskor i vårdverksamheten. Även om vårdorganisationen inte underlättar för omvårdnadsutvecklingen på ett systematiskt sätt fortbildar sig sjuksköterskor inom många områden under hela yrkeslivet.¹¹¹

Sjukskötersketäthet

I nästan alla länder är bristen på sjuksköterskor en aktuell fråga som berör patientsäkerhet, arbetsvillkor och arbetsorganisation. Studier visar ett tydligt samband mellan sjuksköterskebemanning och patientsäkerhet.¹¹² När behandlingsresultat jämförs med sjuksköterskebemanningen på sjukhusen kan man se högre dödlighet där sjuksköterskebemanningen är lägre¹¹³ Sjuksköterskor som arbetar på sjukhusen med den lägsta bemanningen är dessutom betydligt mer missnöjda med sin arbetssituation, samt antalet utbrända är dubbelt så många som på sjukhusen med den högsta bemanningen¹¹⁴. Med högre sjukskötersketäthet skulle både patientsäkerhet och arbetstillfredsställelse öka.¹¹⁵

¹¹⁰ <http://www.hsv.se/statistik/statistikomhogsolan/sokandetryck/sokandetrycktomvt2007.4.531ccc7d115b3bf5a1580002687.html?struts.portlet.action=/nudev/resultat&sv.url=12.531ccc7d115b3bf5a1580002696&>

¹¹¹ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

¹¹² <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/tidningen/2003/Nr-2-2003-2/Vardens-ogon-och-oron/>

¹¹³ <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1001025>

¹¹⁴ http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2011/01000/Nurses_Work_Schedule_Characteristics_Nurse.1.aspx och <http://www.dagensmedicin.se/dagenssjukskoterska/nyheter/2011/01/20/langa-skift-kan-oka-dodlig/index.xml>

¹¹⁵ <http://www.m4cast.eu/en/presentations.php>

Barnmorskor

En grundutbildning för sjuksköterskor på avancerad nivå kan komma att bli en viktig fråga inom barnmorskeområdet. Utbildningen till barnmorska skulle då bli förhållandevis lång och kan påverka möjligheten att rekrytera till yrket i en tid då behovet av nyrekrytering kommer att öka kraftigt.

Medelåldern har ökat påtagligt hos kvinnor som föder sitt första barn vilket också ställer nya krav på vården. Forskning och utveckling gör att blivande föräldrar ställer ökade krav på genetisk rådgivning. Ett område som barnmorskan bör kunna utveckla med fördjupad specialistkunskap. Andra områden att utveckla är medicinska aborter och rådgivning om sexualitet och sensualitet som en komponent för en god hälsa oavsett ålder.

Det finns en påtagligt ökad entreprenörsanda bland barnmorskor på områden som inte ges tillräcklig plats i det offentliga systemet så som föräldraförberedelser, sexualrådgivning, ungdomsmottagning, äldre och sexualitet, inkontinensmottagning och babymassage. Även traditionella barnmorskemottagningar med mödrahälsovård etableras.¹¹⁶

Biomedicinska analytiker

Laboriemedicinska plattformar byggs upp som integrerar klinisk kemi, klinisk mikrobiologi och transfusionsmedicin. Gamla metoder/analyser utmönstras och nya tillkommer vilket påverkar de biomedicinska analytikernas arbete. Till exempel ersätter en ny molekylärbiologisk metod odling och resistensbestämning. Inom genetiken omsätts forskningsrön snabbt i klinisk verksamhet. Upptäckterna och utvecklingen inom klinisk verksamhet genererar i sin tur nya forskningsfält.

Framförallt har kunskapsbasen hos yrkesgruppen blivit starkare genom forskning inom biomedicinsk laborietvetenskap. Vården är numera mycket medveten om att vitalitet hos laborietvetenskapen bidrar till säker diagnostik, snabbare behandling av vårdtagare och en ökad patientsäkerhet.

I takt med den växande globala uppmärksamheten kring olika mikroorganismer, så öppnar sig ett stort arbetsfält för biomedicinska analytiker att i ett folkhälsoperspektiv bidra med diagnoser, utbildning och information om smittorisker. En växande efterfrågan på självtestningsprodukter kommer också troligt att öka efterfrågan på biomedicinska analytiker.

Flera fackförbund konkurrerar idag om gruppen biomedicinska analytiker.

¹¹⁶ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

Unionen, ST, och Naturvetarna är de främsta konkurrenterna. Under de senaste fem åren har Naturvetarna drivit en mycket aggressiv medlemsrekrytering av biomedicinska analytiker. Effekterna av denna är att cytodiagnostikerna har övergått till Naturvetarna.¹¹⁷

Röntgensjuksköterskor

Utvecklingen inom de bildskapande teknikerna datortomografi (CT), magnetkamera (MR) och ultraljud har de senaste 5-10 åren varit svindlande. Under de närmsta åren kommer CT- och MR-undersökningar sannolikt att användas i större utsträckning och ersätta konventionella undersökningar. Dessutom kommer man att på grund av strålningshygieniska skäl söka överföra en hel del undersökningar som idag görs med joniserande strålning – konventionella-, CT- och nuklearmedicinska undersökningar – till att utföras med framför allt MR-teknik och ultraljud, det vill säga tekniker som inte använder joniserande strålning.

Den stadiga ökningen av modern datortomografisk och MR-teknik innebär att bildproduktionen under den senaste femårsperioden tre- till femdubblats. Den moderna bildgenereringen från datortomografi och magnetkamera har därför nödvändiggjort ett paradigmskifte som resulterat i nödvändigheten av avancerad bildbearbetning. Dessa avancerade bildbearbetningsprocedurer är oftast tidskrävande, vilket gör att man kan ställa sig frågan om hur och vem som i framtiden ska utföra det arbetet.

Verksamheten inom röntgen och fysiologi har alltmera närmat sig varandra utifrån utvecklingen av de olika teknikerna. Verksamheterna finns därför på många ställen organisatoriskt inom samma verksamhet som på flera ställen kallas - bild och funktionsmedicin. Bristsituation har också lett till att nya områden för röntgensjuksköterskan utvecklats. I dag finns det ca 14 sonografer i landet. Flera arbetar självständigt med undersökningar och skriver svar, medan andra har svårare att få använda sin kunskap fullt ut. Det finns även försök där röntgensjuksköterskor utvecklar sin kunskap för att ta ansvar för hela processen kring mammografiundersökning.

Röntgensjuksköterskor och biomedicinska analytiker arbetar tillsammans och på vissa ställen ersätter de varandra i verksamheten. Detta har inneburit att diskussionen om förändring av utbildningsinnehållet pågått. I dag finns ingen reglerad specialistutbildning för yrkesgruppen. Diskussioner har pågått både med yrkesföreningen och med medlemmar för att klargöra inom vilka/vilket område det skulle vara strategiskt att påbörja arbetet med att driva fram en reglerad specialistutbildning på avancerad nivå exempelvis MR (magnetresonans kamera). Inom sonografi kan utbildningen vara generell för flera yrkesgrupper som arbetar med ultraljud.¹¹⁸

¹¹⁷ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

¹¹⁸ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

Exempel på professionsutveckling i andra länder

I många länder finns ”nurse practitioners” som är sjuksköterskor som självständigt arbetar med patienter inom olika specialiteter. En nurse practitioner beställer diagnostiska tester, ställer medicinska diagnoser och genomför behandlingar, inklusive förskrivning av läkemedel. I allmänhet ingår någon typ av akademisk utbildning efter grundexamen. I Kanada är nurse practitioners en etablerad yrkesgrupp och har använts som en viktig strategi för att minska köerna till primärvården.

En strategi för att stärka omvårdnadsarbetet har varit Magnetprogrammet vid American Nurses Association (ANA). Sedan i början av 1990-talet har sjukhus kunnat ansöka om och efter en noggrann certifieringsprocess kunnat få ”magnetstatus” från the American Nurses Credentialing Center vid ANA. Ett Magnetsjukhus kännetecknas av att omvårdnaden ger utmärkta resultat för patienterna och att sjuksköterskorna har en hög arbetstillfredsställelse liksom att personalomsättningen är liten. Certifieringen innebär att vårdinrättningen uppfyller vissa krav på bl.a. ledarskap inom omvårdnad, karriärutveckling, kvalitetssäkring, att omvårdnaden innehåller diagnostiska överväganden och att sjuksköterskorna tar aktiv del i beslutsfattandet kring patientens vård.¹¹⁹

Allt större brist på specialistsjuksköterskor

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården med ny teknik och nya metoder leder till ökad efterfrågan av specialistsjuksköterskor¹²⁰. Idag beräknas knappt hälften av alla sjuksköterskor vara specialistutbildade, en siffra som sjunkit sedan år 1995 då omkring 65 procent var specialistutbildade.¹²¹ Som en följd av att yrket utvecklas i takt med att den medicinska och tekniska utvecklingen går framåt ökar behovet av specialistutbildning för att klara de uppgifter som ska utföras. Bristen beror framför allt på dålig planering hos landsting och kommuner, dåliga villkor under utbildningstiden och dålig löneutveckling.¹²²

Specialistutbildningens innehåll motsvarar inte den kunskap som verksamheterna vill ha. Därför har frågan om specialistutbildning utretts både av Högskoleverket och Socialdepartementet. Ingen av utredningarna har kommit fram till något konkret förslag. Just nu pågår intensiva diskussioner om hur specialistutbildningarna ska utformas för att möta behoven i vården i framtiden.¹²³

¹¹⁹ Uppgifter och analys från Vårdförbundets internationella verksamhet

¹²⁰ <http://www.hsv.se/download/18.6acb18771274a21a9197ffe1810/1001R-hogskoleutbildningarna-arbetsmarknad.pdf>

¹²¹ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-1-10>

¹²² Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

¹²³ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

Sjuksköterskeutbildningarnas kvalitet ifrågasätts

Högskoleverket granskade utbildningarna till sjuksköterska och specialistsjuksköterska. Resultatet blev att 40 procent av sjuksköterskeutbildningarna och 33 procent av utbildningarna till specialistsjuksköterska ifrågasattes på grund av allvarliga brister.¹²⁴ Högskoleverkets bedömargrupp konstaterade bland annat att det saknades ett fokus på samhällets behov och sociala förändringar i sjuksköterskeutbildningen. Granskningarna ledde till att många av landets vårdutbildningar blev bättre efter kritiken.¹²⁵

Verksamhetsförlagd utbildning

Den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) fick vid Högskoleverkets granskning hård kritik främst för den låga akademiska nivån bland handledarna. Även om utbildningarna har fått tillbaka sina examinationsrätter kvarstår problemen inom den verksamhetsförlagda utbildningen. Fortfarande saknas handledarkompetens med en adekvat akademisk kunskap för att möta studenternas behov att koppla teori till praktisk handling. Orsaken är att många av dagens verksamma sjuksköterskor har en äldre utbildning samt att verksamheterna inte organiserar och prioriterar handledning av studenter. Anmärkningsvärt få studenter blir underkända, vilket kan tyda på att kraven är för lågt ställda.

På specialistsjuksköterskeutbildningarna finns liknande problem. Precis som vid sjuksköterskeutbildningen brister den kliniska utbildningen. Många studenter måste själva skaffa sina verksamhetsförlagda utbildningsplatser, vilket ofta innebär att kvalitetskraven blir otillräckliga. Nivån i specialistutbildningen är många gånger för hög i förhållande till studenternas förkunskaper och handledarna har sällan högre akademisk utbildning än vad studenterna har.¹²⁶

Studenterna i Vårdförbundet

Studenterna i Vårdförbundet jämför och diskuterar sina utbildningar ofta. De finner, precis som Högskoleverkets granskning, stora skillnader i upplägg och kursfördelning, trots att alla utbildas för samma yrke. De olika utbildningsuppläggen föranleder diskussioner kring nivåskillnader i status mellan lärosätena. Det skapar oro och osäkerhet kring anställningsbarheten i framtiden.

Studenterna uttrycker att de inte behandlas som blivande kollegor under den verksamhetsförlagda utbildningen. De uppger att de ofta möts av inställningen att deras kunskap inte är lika värdefull som 20 års erfarenhet och att förändringar inte är möjliga i en kultur som alltid har sett likadan ut.

¹²⁴<http://www.hsv.se/publikationerarkiv/pressmeddelanden/2007/blivandesjukskoterskorfarotillrackligutbildning.5.5b73fe55111705b51fd80002831.html>

¹²⁵<http://www.hsv.se/publikationerarkiv/pressmeddelanden/2008/sjukskoterskeutbildningarharblivitbättre.5.5dc5cfca11dd92979c4800803.html>

¹²⁶ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

Andelen studenter som är medlemmar i Vårdförbundet ökar stadigt. Idag är det närmare 55 procent, drygt 8200.¹²⁷

Utveckling av lön – och villkorsfrågorna

I Konjunkturinstitutets (KI) lönebildningsrapport 2010 anser KI att de ekonomiska förutsättningarna ger en ökning av arbetskostnaden på mellan 0,75 och 2,25 procent under perioden 2010-2012. Utfallen av de centrala avtalen och en bedömning av löneökningar utöver dessa visar att timlönen och arbetskraftskostnaden 2010-2012 bedöms bli 2,3 procent, vilket är inom KI:s intervall. KI bedömer att löneökningarna blir måttliga även 2012 eftersom lågkonjunkturen på arbetsmarknaden väntas pågå fram till 2014.¹²⁸

IFMetall och Unionen har gjort en överenskommelse om att samordna sina förhandlingsdatum inför den kommande avtalsrörelsen 2011/2012. Parterna inom industrisektorn har kommit överens om en tidsmässig samordning av avtalsförhandlingarna 2011/12. De inleder förhandlingarna den 1 september 2011 och ska vara klara med nya avtal den sista november. Industrisektorn är angelägen om att det fortsatt blir den sektorn som är normerande för andra avtal som ska tecknas för 2012.

Avtalsrörelsen 2010 var en av de största på svensk arbetsmarknad genom tiderna. Närmare 3,5 miljoner arbetstagare skulle få nya löneavtal. På den kommunala sidan var det Vårdförbundets redan avtalade 2 procent som blev normen för övriga avtal med SKL 2010. Det garanterade utfallet för avtalsperioden 2010-2011 är tämligen lika för tjänstemännen på den privata sektorn och tjänstemännen inom den kommunala verksamheten, det blev 3,5 procent.¹²⁹

Positivt trendbrott i löneökningarna

Vårdförbundets medlemmar inom landstingen har fått en högre löneökning (3,05 %) än genomsnittet inom landstingen (2,67 %) under 2009-2010. Det är ett positivt trendbrott i löneökningarna.¹³⁰ Nedanstående graf visar löneutvecklingen för förbund inom OFR 1995-2009. Vårdförbundet har haft bäst löneutveckling av alla OFR-förbund under perioden, med en total löneökning på 94 procent. Näst bäst är SSR med 85 procent. Läkarförbundet ligger på 79 procent.¹³¹

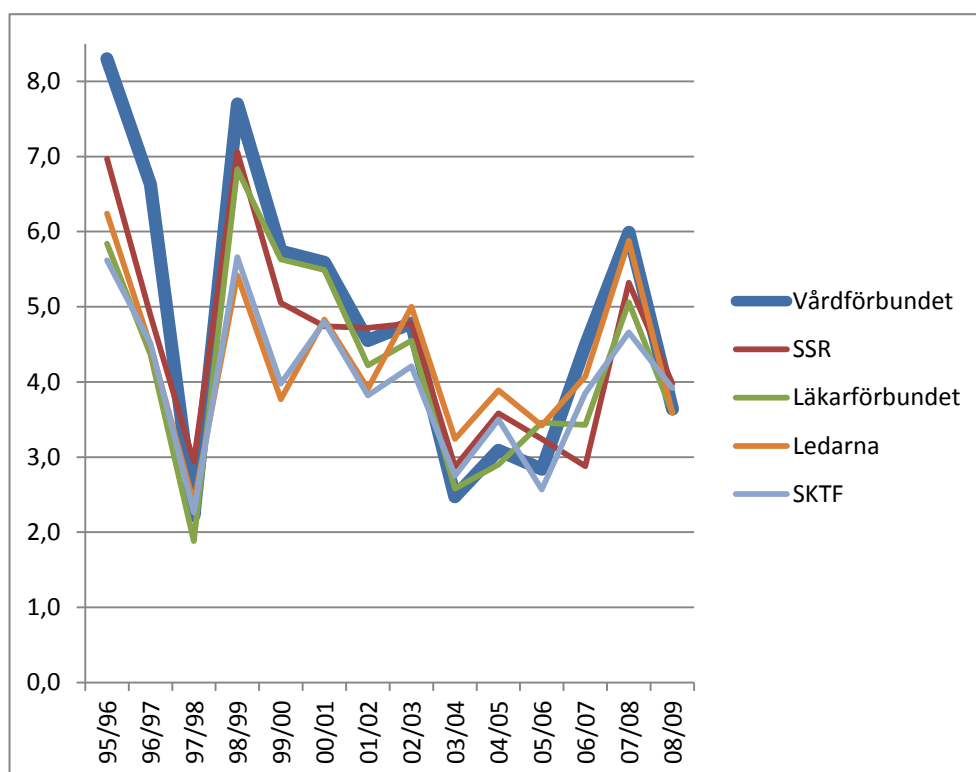
¹²⁷ Uppgifter och analys från Vårdförbundets studerandeverksamhet

¹²⁸ <http://www.konj.se/731.html>

¹²⁹ Uppgifter och analys från Vårdförbundets specialister inom avtals- och förhandlingsfrågor

¹³⁰ Uppgifter och analys från Vårdförbundets statistiker

¹³¹ Statistik från OFR



Unga lockas till vården men förvänas över låga löner

Att utbilda sig till barnmorska, biomedicinsk analytiker, röntgensjuksköterska eller sjuksköterska uppfattas bland unga som attraktiva yrken. En av tre unga tycker att ett arbete i vården vore intressant. Men nästan 70 procent av landets unga tycker att sjuksköterskor har för dåligt betalt efter tre års högskoleutbildning. Skälen till varför man vill arbeta inom sjukvården är framförallt att få arbeta med människor och göra en god gärning, samt att vården uppfattas som en spännande arbetsplats. Men när de unga får ta ställning till sjuksköterskornas lön i förhållande till deras utbildning, säger de att lönen är alltför dålig. Hög lön uppfattas som viktigt för beslutet om vilket yrke man ska satsa på. Den vanligaste förväntade lönen efter utbildningen ligger mellan 21 000–25 000 kr. Det är en ingångslön var tredje ung förväntar sig efter avslutad utbildning. För de flesta sjuksköterskor ligger ingångslönerna efter avslutad utbildning på mellan 20 000 – 22 000 kr. Det är lägre än den förväntade lönen bland de unga, enligt undersökningen.¹³² Vårdförbundet arbetar för en värderingsförändring av våra professioner. Detta genom bland annat kampanjen ”Fullt ut”.¹³³

¹³² Undersökningen är genomförd av Novus Opinion på Uppdrag av Vårdförbundet. Utredningen finns på enheten Utredning och mer information om undersökningen finns här: <https://www.vardforbundet.se/Agenda/Pressrum/Debattartiklar/Lag-lon-och-status-hotar-varden/>

¹³³ www.fulltut.se

Stor okunskap bland politiker om de låga lönerna i vården

En Sifo-undersökning, ”Hur värderas vårdens yrken?”, som gjorts bland landstings- och kommunalråd visar att dessa beslutsfattare i kommuner och landsting värderar sjuksköterskors arbetsinsats högt. Värderingen av barnmorskor och sjuksköterskor står väldigt nära läkarnas värdering vilket är betydligt högre än undersköterskors. Läkare, barnmorska och sjuksköterska är de yrken som de svarande värderar högst. Samtliga tre yrkesgrupper hamnar på ett medelvärde mellan 8,8 och 8,1 på skala 1-10, där 10 anger ett mycket högt värde. Biomedicinska analytiker ges medelvärde 7,9 och röntgensjuksköterskor får ett medelvärde på 7,6. Åtta av tio beslutsfattare tror att sjuksköterskor har en lön i förhållande till deras specialistutbildning. Undersökningen visar att det finns ett stort gap mellan politikernas uppfattning och hur verkligheten ser ut i denna fråga. 134

Specialistutbildning lönar sig inte i plånboken

En genomförd specialistutbildning motsvarar tio månaders heltidsstudier. Genomsnittslönen för en grundutbildad sjuksköterska låg 2009 på 24 587 kr/månad. Tar man fullt studielån för utbildningstiden så tar det med nuvarande återbetalningsregler nio år att betala tillbaka lånet. Läger man ihop inkomstbortfallet och kostnaden för studielånet får man en total kostnad för att ha utbildat sig till specialistsjuksköterska, på 252 364 kr. Vårdförbundets statistik har visat att en genomsnittlig specialistutbildad sjuksköterska tjänar 2006 kr mer i månaden än en grundutbildad sjuksköterska. Givet kostnaden som redovisades ovan så innebär det att det tar 10,5 år innan det, ekonomiskt, börjar löna sig att utbilda sig till specialistsjuksköterska. Till detta ska läggas att för vissa specialistutbildningar är löneökningen så liten som 1 080 kronor per månad, vilket innebär att man tvingas arbeta drygt 19 år innan utbildningen lönar sig.¹³⁵

Kampen om jämställda löner

Kampen om jämställda löner får en allt större betydelse i politiken och i den offentliga debatten. Men det finns fortfarande ett stort gap mellan den starka jämställdhetsdebatten och den relativt svaga jämställdhetsutvecklingen i praktiken.

När kvinnors och mäns löner jämförs utan att hänsyn tas till att de i stor utsträckning arbetar inom olika sektorer och yrken har kvinnor i genomsnitt 85,2 procent av mäns lön 2009. Den ovägd löneskillnaden mellan män och kvinnor är 14,8 procent 2009. Variationen mellan olika sektorer är stor. Störst ovägd löneskillnad finns inom landstingen, där löneskillnaden är 26,9 procent. Enligt Medlingsinstitutet är den viktigaste förklaringen

¹³⁴ Undersökning genomförd av Sifo på uppdrag av Vårdförbundet

¹³⁵ Uppgifter och analys från Vårdförbundets statistiker

till löneskillnaden **mellan** män och kvinnor att män och kvinnor arbetar inom olika yrken och att dessa yrken är förknippade med olika lönenivåer.¹³⁶

Lönegapet mellan kvinnor och män, vilket mäts som skillnaden mellan kvinnor och mäns genomsnittliga lön per tidsenhet, har sjunkit något mellan 2008 och 2009. Det oförklarade lönegapet är ungefär tre gånger så stor för tjänstemännen jämfört med arbetarna. LO:s jämställdhetspott 2007 tycktes inledningsvis ha effekt på lönegapet. Men utvecklingen 2008 och 2009 går delvis i motsatt riktning. Enligt KI indikerar resultatet att det är svårt att endast avtalsvägen påverka skillnaden i mäns och kvinnors löner.¹³⁷

Flera viktiga aktörer driver frågan om jämställda löner. Nya modeller och politiska förslag presenteras tämligen ofta. Även EU har genom kommissionen tagit fram en ny jämställdhetsstrategi för 2010-2015. Den innebär bland annat satsningar på lika lön för lika arbete, ekonomisk självständighet och arbete av lika värde.¹³⁸

SKL har tillsammans med parterna inrättat ett jämställdhetsråd. Ändamålet med rådet är att ur ett jämställdhetsperspektiv följa utvecklingen avseende löner och anställningsvillkor och föreslå aktiva åtgärder i syfte att uppnå ett mer jämställt arbetsliv.¹³⁹

Majoriteten av de unga tror att kvinnor blir diskriminerade vid tillsättning av de högsta chefsbefattningarna inom sjukvården.¹⁴⁰

Enligt SCB är var fjärde deltid ofrivillig och hälften av de som arbetar deltid skulle kunna tänka sig att gå upp heltid.¹⁴¹

Utveckling av vårdmiljön

Regeringen har beslutat om en nationell handlingsplan för arbetsmiljöpolitiken 2010-2015. Handlingsplanens syfte är att utgöra en grund för arbetsmiljöpolitiken och åtgärder ska preciseras efter hand. Arbetsmiljöverket har fått i uppdrag att ta fram ett IT-baserat verktyg för riskbedömningar. Detta verktyg ska leda till att förenkla, effektivisera och spara kostnader för arbetsgivarna samtidigt som ambitionsnivån höjs. Regeringen vill lyfta fram ett nytänkande inom arbetsmiljöområdet.¹⁴² För att utveckla vårdmiljön har Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket börjat samarbeta. Det är inte möjligt att arbeta med vårdmiljön för sig och arbetsmiljön för sig, utan myndigheterna behöver samverka för att kunna utveckla vårdmiljön i verkligheten.¹⁴³

¹³⁶ http://www.medlingsinstitutet.se/main/main_kvinnaman.html

¹³⁷ http://www.medlingsinstitutet.se/main/main_kvinnaman.html

¹³⁸ http://ec.europa.eu/news/employment/100921_1_sv.htm

¹³⁹ Uppgifter från SKL

¹⁴⁰ Undersökningen är genomförd av Novus Opinion på Uppdrag av Vårdförbundet. Utredningen finns på enheten Utredning och mer information om undersökningen finns här: <https://www.vardforbundet.se/Agenda/Pressrum/Debattartiklar/Lag-lon-och-status-hotar-varden/>

¹⁴¹ www.scb.se

¹⁴² <http://www.regeringen.se/sb/d/12578/a/152522>

¹⁴³ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

Gapet mellan vårdmiljön i politiken och i praktiken

Trots att regeringen satsar på arbetsmiljöpolitiken finns det stora arbetsmiljöproblem i vården. Stress och oro för att göra fel när resurserna inte räcker till, det är den bild som växer fram när Arbetsmiljöverket sammanställt sin rapport över arbetsmiljön i vården.¹⁴⁴ Den allmänna bilden är att vårdpersonalen har en tuff arbetsbelastning och att stressen är det största arbetsmiljöproblemet. Olika studier visar att de som arbetar inom vården oftare drabbas av stress och ohälsa.¹⁴⁵ Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket har påbörjat ett systematiskt samarbete för att angripa problemen i vårdmiljön.¹⁴⁶

Arbetstidsfrågan är en central fråga för att garantera en bra vårdmiljö. Många arbetsgivare försämrar ensidigt lokala arbetstidsavtal för att spara pengar. Det leder till otrygghet och oklara kortsiktiga spelregler, för både medarbetare och chefer, när det gäller att bemanna det krävande nattarbetet.¹⁴⁷

Sommarbemanningarna är ett återkommande problem varje år. Vårdförbundet genomförde under juni månad 2010 en undersökning bland de lokala avdelningarna om sommarbemanning. Undersökningen visar att 60 % av avdelningarna anser att patienternas säkerhet hotas p.g.a. personalbrist. Sju av tio avdelningar anser att arbetsgivaren utnyttjar möjligheten att anställa sjuksköterskestudenter istället för sjuksköterskor för att klara sommarbemanningen.¹⁴⁸

Dialog

Ombuden diskuterade vid borden utifrån frågeställningen *Reflektioner kring trenderna*. Se Bilaga 2 b. Se även 13.3.

¹⁴⁴ <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=112&artikel=4114415>

¹⁴⁵ www.regeringen.se/content/1/c4/18/72/a6f60c28.pdf

¹⁴⁶ <http://www.av.se/pressrum/pressmeddelanden/2001/749.aspx>

¹⁴⁷ Uppgifter och analys från Vårdförbundets enhet Yrke och Villkor

¹⁴⁸ Undersökning genomförd av Vårdförbundets enhet Utredning

13.3 Sammanfattning av ombudens utvärdering av omvärldsrapporten inför kongressen 2011

Några strategiska frågor som lyfts upp av kongressombuden och som har betydelse för det kommande omvärldsarbetet:

- Hur gör vi Vårdförbundet till den självklara aktören när vårdfrågor ska debatteras i media och i soffan?
- Hur får vi medborgarna att efterfråga vår kompetens, likt kompetenskraven som medborgarna efterfrågar hos lärarna för att bibehålla kvalitén inom skolväsendet?
- Hur förhindrar vi att arbetsgivarna sänker kompetenskraven för att hålla budget, samtidigt som generationsväxlingen ställer helt nya krav på kompetens?
- Hur får vi arbetsgivarna att se behovet och vinsterna i hälsosamma arbetstider? Hur kan vi förbättra villkoren för arbetstiderna? Hur kan vi förhindra att snabba omorganisationer försämrar patientsäkerheten, arbetsmiljön och villkorsfrågorna?
- Har villkorsfrågorna tagit den plats som kongressen beslutade om? Har dessa frågor den högsta prioritet som de borde?
- Hur kan Vårdförbundet agera snabbare på omvärldens förändringar?

Sammanfattning kring kongressombudens reflektioner:

Trend 1: Det behövs en nationell strategi kring privatanställda. Vårdförbundet behöver ligga steget före när det gäller behoven för medlemmar som är anställda i privat sektor. Hur ser den fackliga tiden ut hos de privata arbetsgivarna inom vården? Vårdförbundet borde bjuda in nya vårdgivare för att skapa en dialog om nyttan av kollektivavtal/samarbete.

Trend 2: Hur ska Vårdförbundet arbeta för att få arbetsgivarna att ta ansvar för den kommande generationsväxlingen så att vården inte drabbas av kunskapsbrist, samt att bristfälliga utbildningar växer fram som skapar kvalitetssänkning i vården utveckling? Det behövs en strategi mot att arbetsgivarna sänker kompetens kraven eller anställer fel kompetens i generationsväxlingen.

Trend 3: Vårdförbundet behöver visa på vilken skillnad specialistkunskap medför både för patienten och vårdens utveckling.

Trend 4: Vårdförbundet behöver än mer visa betydelsen av värdet att besöka DSK istället för läkare. Betydelsen av vårdkontakt istället för läkarkontakt.

Trend 5: I slimmade vårdorganisationer är det svårt att få resurser till preventivt arbete. Även om hälsovågen är stark, finns det ingen koppling mellan budget och det hälsofrämjande arbetet.

Trend 6: Att börja mäta betydelsen och skillnaden i det hälsofrämjande arbetet och visa på vilken skillnad yrkesgrupperna kan göra.

Trend 7: Att skapa en tydligare koppling mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö för att driva frågorna vidare.

Trend 8. För att kunna påverka budgetarbetet är det av central vikt att yrkesgrupperna kommer till de ledande positionerna för att skapa verklig förändring i vårdens utveckling.

Trend 9: Vårdförbundet behöver förbättra utvecklingen av utbildningarna för att yrkesgrupperna ska bli självklara ledare i framtiden. Nuvarande chefer behöver påfyllnad och utbildning för sitt ledarskapsuppdrag.

Trend 10: Hälsosamma arbetstider blir allt viktigare när frågan om patientsäkerhet lyfts fram.

13.4 Bilaga till omvärldsrapporten 2011 – uppdaterade omvärldsnyheter mars – juli 2011

Samhällsutveckling som påverkar Vårdförbundet och vården

Lägesbeskrivning för svensk ekonomi

Arbetsförmedlingens senaste prognos visar på rekordstor ökning av sysselsättningen under 2011. Sysselsättningen beräknas öka med 107 000 personer. Arbetslösheten beräknas minska från 8,4 procent av arbetskraften år 2010, till 7,5 procent år 2011 och till 6,7 procent år 2012. Arbetsförmedlingen pekar också på en växande arbetskraftsbrist och att alltfler arbetsgivare uppger att de har svårt att hitta arbetskraft.¹⁴⁹

Konjunkturinstitutets nya rapport, Lönerapporten för 2011, visar också på goda prognoser. Sveriges ekonomi har återhämtat det branta fallet i produktionen 2008–2009. Konjunkturinstitutet anser att det är möjligt för Sverige att uppnå en låg arbetslöshet på 5 procent. Det är under förutsättningen att timlönerna inte ökar med mer än i genomsnitt 3,1 procent per år 2012–2014 och inte mer än 3,7 procent per år 2015–2020.¹⁵⁰

SKL:s nya rapport, Ekonomirapporten 2011, visar att återhämtningen i den svenska ekonomin har gått snabbt sedan finanskrisen bröt ut i slutet av 2008. Den positiva utvecklingen på arbetsmarknaden, med en snabb ökning av antalet arbetade timmar, medför att skatteunderlaget kommer att fortsätta växa under de närmaste åren. Den ekonomiska situationen i kommuner och landsting blev 2010 betydligt bättre än förväntat. Även 2011 och 2012 blir år med ekonomiska överskott. Resultatet för kommuner och landsting blev förra året 19,3 miljarder kronor. Både kommuner och landsting förväntas även under de närmaste åren uppvisa överskott i sina finanser. Kommunerna förväntas åren 2011 och 2012 visa ett överskott på 10,8 respektive 6,8 miljarder kronor. Landstingens överskott förväntas under samma tidsperiod uppgå till 4,6 respektive 1,7 miljarder kronor.¹⁵¹

Handelns Utredningsinstitut har i en ny rapport presenterat konjunkturbedömningen för handeln den närmaste framtiden. Där beskrivs detaljhandelns utveckling som mycket positiv. Utsikterna för hushållen har förbättrats med lägre arbetslöshet och starkare optimism.

¹⁴⁹ <http://www.arbetsformedlingen.se/Om-oss/Pressrum/Pressmeddelanden/Pressmeddelandeartiklar/Riket/6-8-2011-Rekordstor-okning-av-sysselsattning-2011-.html>

¹⁵⁰ http://www.konj.se/download/18.4bb0052912fd16044aa800011914/Sammanfattning_Lonebildningsrapporten_2011.pdf OCH <http://www.utredarna.nu/goranzettergren/2011/05/18/gammal-skapmat-fran-ki/>

¹⁵¹ http://www.skl.se/vi_arbetar_med/ekonomi/publikationer_ekonomi/ekonomirapporten_maj_2011

Detaljhandelns försäljning väntas öka med 3,5 procent 2010 och 3,5 procent 2011.152

Plötslig turbulens i världsekonomin och nya orosmoln i svensk ekonomi

Samtidigt som svensk ekonomi går starkt framåt skakar omvärldens finanskriser även om svensk ekonomi. Oron över den grekiska skuldkrisen påverkar hela euroområdet. Euron har fallit kraftigt och kronan har också sjunkit. Det finns en oro att krisen i Grekland riskerar att sprida sig till andra svaga länder inom eurosamarbetet, som Portugal, Irland och Spanien, samt att andra länders finanskriser kan på sikt även påverka svensk ekonomi.¹⁵³ Skuldkrisen i både Europa och USA försvagar kronan och skapar viss oro i svensk ekonomi.

Efter den senaste tidens turbulens på finansmarknaderna flaggar finansminister Anders Borg för att Sveriges tillväxtprognos måste revideras ned. Finansdepartementet sammanställer för närvarande siffror för den prognos om utvecklingen av landets ekonomi som ska presenteras vid Harpsundsmötet den 26 augusti. Borg uppger att en nedrevidering av prognosen för de offentliga finanserna också är trolig. Men han tror på ett resultat nära balans eller till och med överskott för 2011. Borgs bedömning är att Sverige kommer att vara bland de EU-länder som har de starkaste offentliga finanserna.¹⁵⁴

Påverkas avtalsrörelsen av turbulensen i världsekonomin?

Enligt Metalls ordförande Stefan Löfven påverkas inte industrifackens lönekrav som presenteras i september av den pågående skuldkrisen. Han motiverar sitt svar med att industrifacken har en mer långsiktig syn på avtalsrörelsen än upp- och nedgångar på börsen från en vecka till en annan. Men avtalsansvarig på Svenskt Näringsliv delar inte den uppfattningen. De säger att en nedgång i tillväxten runt om i världen självklart har betydelse för lönebildningen, även i Sverige.¹⁵⁵

Vårdens utveckling

Ny utredning för mer jämlik vård

Direktiv för en utredning som ska ta fram en ny och sammanhållen patientlagstiftning, med tydliga regler för att skapa mer jämlik och patientstyrd vård. Syftet är att patientens ställning och inflytande över hälso- och sjukvården skall stärkas för att göra vården mer jämlik. Utredaren får i uppdrag att utreda hur vården i Sverige ska kunna ges på mer likvärdiga villkor och minska kvalitetsskillnaderna mellan olika sjukhus och olika landsting, samt inte minst skillnader i vilken vård som erbjuds män och kvinnor. Den 30 juni 2012 skall det första delbetänkandet vara klart och senast 1 januari 2013 skall en slutredovisning lämnas, inklusive förslag till ny samlad patientlagstiftning.¹⁵⁶

Regeringen och SKL har kommit överens om en särskild satsning för mer jämlik vård. Totalt omfattar satsningen 15 miljoner kronor till SKL under 2011. Satsningen ska bidra till att öka användandet av öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården. Bland annat ska ett nationellt stöd till landstingen skapas för att påbörja organiseringen av landstingens resurser för en verksamhetsutveckling mot mer jämlik vård. ¹⁵⁷

¹⁵² HUI:s konjunkturrapport för 2010, www.hui.se

¹⁵³ http://di.se/Default.aspx?pid=238043_ArticlePageProvider&epslanguage=sv

¹⁵⁴ <http://www.dn.se/ekonomi/borg-reviderar-ned-prognosen-patagligt>

¹⁵⁵ <http://www.dn.se/ekonomi/krisen-paverkar-inte-avtalsrorelsen>

¹⁵⁶ <http://www.regeringen.se/content/1/c6/16/46/08/1ffd2177.pdf>

¹⁵⁷ <http://www.skl.se/press/pressmeddelanden/sarskild-satsning-for-en-mer-jamlik-halso-och-sjukvard>

Riskkapital i vården

Vänsterpartiet har valt att driva frågan om riskkapital i vården allt hårdare. De har kommit ut med rapporten ”Värda varje skattekrona – en rapport om riskkapitalbolag i den svenska vården”. Vänsterpartiet ser med oro på att i vissa län drivs över hälften av vårdcentralerna av privata företag. Vänsterpartiet går till attack mot den borgerliga regeringen att privatiseringen har accelererat under deras tid. I rapporten påstås att sedan 1989 har sex personer delat på 9,2 miljarder kronor i obeskattad vinst i vården. 158 Vänsterpartiet vill ta kampen mot riskkapital i vården och frågan kommer med stor sannolikhet att debatteras den kommande framtiden.

Antalet privata sjukvårdsförsäkringar ökar

Svensk Försäkring sammanställer statistik om försäkringsbranschen. De mäter årligen utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar. På mindre än tio år har antalet privata sjukvårdsförsäkringar mer än tredubblats. Tecknandet av dessa försäkringar ökar för varje år. År 2000 hade 103 346 personer en privat sjukvårdsförsäkring. År 2009 hade 360 746 personer tecknat en privat sjukvårdsförsäkring. En övervägande del av sjukvårdsförsäkringarna är betalda av en arbetsgivare, 8 av 10 har sina försäkringar tecknade genom arbetsgivaren.¹⁵⁹ Det är framför allt arbetsgivare som vill undvika långa väntetider och snabbt få tillbaka sin personal till arbetsplatsen.

Professionsutveckling

Nyexaminerade sjuksköterskor behöver bättre introduktion

Sedan hösten 2002 har studien LUST (en longitudinell undersökning av sjuksköterskors tillvaro) pågått på Karolinska Institutet. Studien, som är den första i sitt slag, följer tre nationella avgångsklasser och studerar hur sjuksköterskeutbildningen förbereder de studerande för arbete inom vården och hur de färdiga sjuksköterskorna trivs i sitt yrke. Den senaste rapporten från LUST visar att en mycket hög andel sjuksköterskestudenterna går direkt från utbildning till yrkesverksamhet. Dessa sjuksköterskor trivs med sitt nya arbete och uppfattar sig som kompetenta för sina uppgifter. Samtidigt rapporteras höga nivåer av press och trötthet. En av orsakerna till detta är ansträngningarna för att etablera sig i sin nya yrkesroll. Resultatet av studien belyser vikten av en bättre introduktion, inte bara i arbetet utan också i yrkesrollen. Rapporten kommer att färdigställas och presenteras i sin helhet om dryga sex månader.¹⁶⁰

En av tio nyexaminerade sjuksköterskor vill byta yrke

En av tio nyblivna sjuksköterskor i LUST-studien uppger att de funderar på att söka sig till något annat yrke. Orsakerna till att sjuksköterskor lämnar sitt yrke är, förutom personliga skäl, dåliga arbetsförhållanden och arbetsmiljö, oförutsägbara och oregelbundna arbetstider, men främst otillräcklig belöning för arbetet. Till belöningar räknas framför allt en skälig lön och utvecklingsmöjligheter i arbetet. I LUST-studien uppgav närmare två tredjedelar missnöje med sin ingångslön. Detta skiljer sig dock inte från övriga Europa där fördelningen är densamma i de flesta länder, enligt en motsvarande europeisk studie.¹⁶¹

¹⁵⁸ <http://storstockholm.vansterpartiet.se/wp-content/uploads/2011/04/rapport.pdf>

¹⁵⁹ <http://www.svenskforsakring.se/Huvudmeny/Press1/Undersidor/Pressmeddelanden/Kategorier/2010/Privat-sjukvardsforsakring-fortsatter-att-oka/>

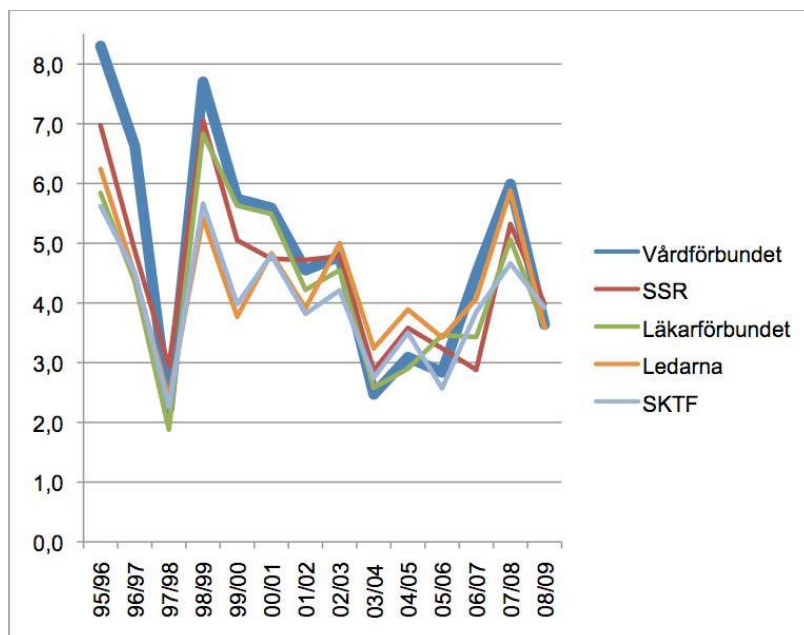
¹⁶⁰ <http://ki.se/content/1/c6/03/22/59/serieB07no1.pdf>

¹⁶¹ <http://ki.se/content/1/c6/03/22/59/serieB07no1.pdf>

Utvecklingen av lön och villkorsfrågorna

Löneutvecklingen för medlemmarna i Vårdförbundet

Vårdförbundet har haft bäst löneutveckling av alla OFR förbund under de senaste tio åren. Nedanstående graf visar löneutvecklingen för förbund inom OFR 1995-2009. Vårdförbundet har haft en total löneökning på 94 procent. Näst bäst är SSR med 85 procent. Läkarförbundet ligger på 79 procent.



En värderingsförskjutning av vår kunskap ligger i tiden

Dagens Medicin har gjort en enkät bland landstingspolitiker, som har ställts inför valet att ge en av åtta yrkesgrupper i vården ett rejält lönelöft. Resultatet visar att specialistsjuksköterskorna är vinnarna. Nära hälften av politikerna valde specialistsjuksköterskor som den grupp de i första hand vill ge ett lönelöft. Bara 1 procent av politikerna svarade att just läkarnas löner borde få en rejäl skjuts uppåt. En klar majoritet av de svarande valde något av alternativen sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor. Bland motiveringarna finns argument som att löneglappet mellan sjuksköterskor och undersköterskor måste öka för att stimulera till utbildning. Dagens Medicin har även frågat om sjuksköterskor bör få lön under specialistutbildning. Över 90 procent av de svarande anser att lön bör utgå under utbildningen, dock i olika omfattning. Fyra av tio politiker, främst från det rödgröna blocket, vill se full lön under studietiden. Bland borgerliga politiker finns en klar övervikt för en begränsad lön under utbildningstiden.¹⁶² Även om denna undersökning visar att politikerna vill ge sjuksköterskorna rejäla lönelöft visar verkligheten att vägen är lång tills kunskapen värderas med rejält högre löner. Men undersökningen visar att en värderingsförskjutning av vår kunskap ligger i tiden.

Det finns framför allt två förändringar i omvärlden som kan påskynda en värderingsförskjutning av medlemmarnas kunskap. Det ena är att professionerna inom Vårdförbundet närmar sig bristyrken. Det andra är att en mångfald av arbetsgivare ger konkurrens om medlemmarnas kunskap. Dessa två centrala förändringar kan vara positiva för löneökningarna i framtiden.

¹⁶² <http://www.dagensmedicin.se/dagenssjukskoterska/nyheter/2011/06/22/politiker-hojer-helst-sjuk/>

Nytt industriavtal tecknat

Industriavtalet är ett samarbetsavtal om industriell utveckling och lönebildning mellan fackförbund och arbetsgivarorganisationer inom industrin. Det innehåller parternas gemensamma bedömningar och uppfattningar omkring förutsättningarna för industriell verksamhet i Sverige.¹⁶³ Ett nytt Industriavtal är undertecknat och träder i kraft den 1 juli 2011. Detta avtal är normerande för övriga avtal. Förhandlingarna om kollektivavtalen inom industrin inleds i september i höst.¹⁶⁴

Vårdförbundet har slutit nya centrala avtal

Vårdförbundet har slutit ett centralt avtal med SKL och Pacta. Detta avtal gäller för 88 000 sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor som är anställda i kommuner och landsting/Pacta. Avtalet bygger på lokal lönebildning och innehåller inga angivna löneökningarnivåer. Det är framför allt tre frågor som en centrala i avtalet mellan Vårdförbundet, SKL och Pacta:

Avtalet sätter en större press på arbetsgivaren att arbeta strategiskt för att åstadkomma en önskvärd lönestruktur inom verksamheten.

Avtalet innehåller konkreta formuleringar om hur kompetens och specialistkunskap ska värderas högre vid lönesättningen.

Avtalet bygger på ett partsgemensamt arbete för att grundutbildning och specialisering på ett bättre sätt ska svara mot behoven av kunskap inom vården.

Avtalsperioden är 2011-04-01 till 2013-03-31. En gemensam utvärdering blir hösten 2012. Om inte avtalet sägs upp kommer det att gälla till 2015-03-31.

Vårdförbundet har tecknat tillsvidareavtal om allmänna villkor och löner med Vårdföretagarna för sjuksköterskor i ambulansföretag från 1 juli 2010. Löneavtalet bygger på stupstocksavtal utan angivna nivåer. Det är en unik konstruktion och syftet är att stärka den lokala lönebildningen. Löneökning för perioden 1 juli 2010 – 31 augusti 2011 är 2 procent. Från 1 september 2011 gäller avtal om lokal lönebildning med en ny förstärkt löneprocess. Utöver det träffade avtal har parterna enats om att tillsätta en arbetsgrupp för arbetsmiljö, hälsa och säker vård. Fokus kommer att vara arbetstidsfrågor som jourtjänstgöring och dygnspass.

Avtalsperioden är 2011-04-01 till 2013-03-31. En gemensam utvärdering blir hösten 2012.

Vårdförbundet har tecknat tillsvidareavtal om allmänna villkor och löner med Vårdföretagarna för samtliga branschområden. Löneavtalen bygger på stupstocksavtal utan angivna nivåer. Det är en unik konstruktion och syftet är att stärka den lokala lönebildningen. Inom ramen för två av de träffade avtalen har parterna enats om att tillsätta en arbetsgrupp för arbetsmiljö, hälsa och säker vård. Fokus kommer att vara arbetstidsfrågor. Tre av avtalen har fått kompetensbilagor, som fokuserar på medarbetarnas möjlighet till kunskaps och kompetensutveckling.

Nya centrala avtal har också tecknats med Arbetsgivaralliansen, Svenska kyrkan, KFO och Flygbranschen.

¹⁶³<http://www.fackeninomindustrin.se/home/fi2/home.nsf/unidView/3B375A5E8BE083EDC12571F4004A79C4>

¹⁶⁴http://www.industrikommitten.se/home/ik2/content.nsf/aget?open&key=industriavtalet_1281023713046

Allvarliga arbetsskador minskar generellt, men ökar för kvinnor och sjuksköter

Generellt är trenden att arbetsolycksfallen, med betydande fysiska och/eller psykiska besvär i minst 30 dagar, har minskat under de senaste tio åren. Men för kvinnor och vissa yrkesgrupper som sjuksköterskor är trenden den motsatta. Deras andel av allvarliga arbetsolycksfall har ökat. Det visar en undersökning som AFA försäkring har genomfört. 165

AFA försäkring omfattar fyra miljoner människor som har kollektivavtalade försäkringar. De har byggt upp en skadedatabas med statistik och information om orsaker till sjukdomar och skador på svensk arbetsmarknad. Utredningen ”Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro 2011” visar på trenden att allvarliga arbetsskador minskar generellt men ökar för kvinnor och vissa yrkesgrupper som sjuksköterskor. Arbetsskadorna ökar för kvinnorna men minskar påtagligt för männen. Av cirka 12 000 allvarliga arbetsolycksfall år 2000 utgjorde männens andel 70 procent och kvinnornas 30 procent. Tio år senare är andelen 37 procent för kvinnor och 63 procent för män. 166

Skador som uppkommit genom hot och våld bland kommun – och landstingsanställda utgör en ökande trend. Under 2005 – 2009 har anmälningarna ökat. Vård och omsorgsarbete utgör en stor del av anmälningarna. Vårdpersonal vid akutmottagningar och distriktsvården utsätts ofta för hot och våld när de tar hand om och försöker lugna aggressiva och berusade personer, samt när de ska behandla dementa och förvirrade gamla patienter. Sjuksköterskor drabbas också av våld när de försöker tillrättavisa vårdtagare. En betydande del av skadorna uppstår vid medicinering och i de vårdades lägenheter. Den vanligaste formen av våld är att sjuksköterskor blir hotade eller att de blir sparkade. Företrädare inom AFA efterlyser mer kunskap inom konflikthantering i vård och omsorgsarbete.

¹⁶⁵ <http://www.afaforsakring.se/Forebygger/Skade--och-sjukdomsanalys/Rapport-20101/>

¹⁶⁶ <http://www.afaforsakring.se/Forebygger/Skade--och-sjukdomsanalys/Rapport-20101/>

14.1 Tema Vårdförbundet - Rapport av uppdraget

Anna-Karin Eklund informerade om hur arbetet bedrivits.

Inledning

Under kongressperioden har det genomförts ett omfattande arbete med att se över och ompröva frågor som gäller Vårdförbundets verksamhet, uppdraget, medlemskapet, organisationen och kommunikationen.

Uppföljningen innefattar;

- Förbundsstyrelsens rapport om hur Tema Vårdförbundet genomförts under kongressperioden med utgångspunkt från det direktiv som kongressen 2008 beslutade om.
- Uppföljning med förslag till beslut för idé/förslag/motion från kongressen 2008
- Beredning av idé/förslag/motion till kongressen 2011.
- Förslag till kvalitetskriterier för framtida organisation
- Förslag till förändringar i stadgarna
- Förslag till inriktningar och beslut i övrigt för kommande kongressperiod.

Som ett försök att levandegöra den omfattande process som ägt rum under kongressperioden har förbundsstyrelsen förutom denna kongressuppföljning även valt att göra en separat beskrivning av hur arbetet har utvecklats – ur förbundsstyrelsens perspektiv.

Uppdraget från kongressen 2008

Kongressen 2008 beslutade om direktiv för en utredning som innebar att det under kongressperioden skulle genomföras ett mer omfattande arbete som innefattar Vårdförbundets verksamhet, uppdrag, organisation och stadga. Istället för att ta ställning till motioner, idéer och förslag på kongressen så fick de bli bidrag att arbetar vidare med. Samlingsnamn för hela översynen har blivit Tema Vårdförbundet. I kongressdirektivet gavs en styrning när det gäller de idéer som skulle vara en grund för de fortsatta samtalen;

- Medlemsvärde
 - Medlemmar ska känna gemenskap och tillhörighet och vi ska ha utrymme för medlemsaktivism. De värden som redan finns i medlemskapet ska bli tydligare för fler. Vårdförbundet ska bli den självklara organisationen för de fyra yrkena.
- Ett förbund – ett gemensamt uppdrag
 - Redan idag finns det i stadgarna en tydlig beskrivning av vårt gemensamma uppdrag. Det som behöver stärkas ytterligare är vad detta innebär och hur vi uppnår detta i det gemensamma uppdraget. Utveckla fler enkla och effektiva rutiner och arbetsredskap
- Kommunikation internt och externt
 - Kommunikation handlar om öppenhet och dialog både internt och externt. En gemensam strategi för kommunikation stärker möjligheten att påverka. Vi ska bli en ännu starkare röst som hörs i samhället. Vi ska utveckla värden och därmed också yrke-värde-lön.
- Organisation

- Vår organisation ska utvecklas för att vi på ett effektivt sätt ska kunna utföra vårt uppdrag oavsett var medlemmen har sin plats i samhället – anställd eller egen företagare, chef, forskare eller student. Det framtida värdet i medlemskapet är den viktiga utgångspunkten då vår befintliga organisation ska prövas.

Kongressen avsåg några förslag som inte skulle tas med i det fortsatta samtalet och valde också att redan vid göra ställningstagande inom ett område:

- Att anta policyn att Vårdförbundet inte har skyldighet att företräda medlem i ärende som uppstått innan medlemskap beviljats

Utredningsdirektivet i dess helhet återfinns i bilaga 1.

Val av arbetssätt och genomförande

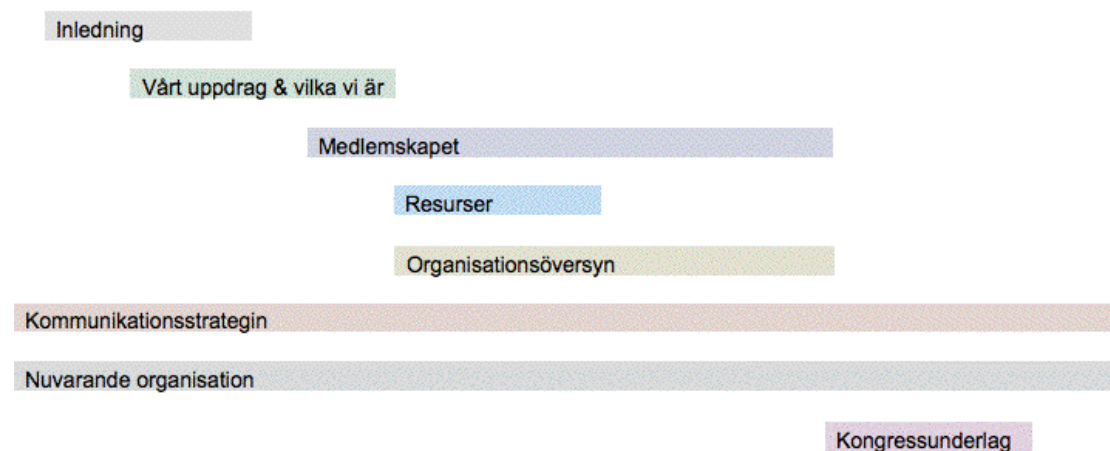
Tema Vårdförbundet handlar om en mycket stor mängd frågor av olika art och med olika detaljnivå. Exempelvis innehöll kongressprotokollet från kongressen 2008 cirka 60 sidor text som anknöt till Tema Vårdförbundet.

Då kongressen 2008 beslutade om Tema Vårdförbundet så fanns det ingen färdig plan för hur översynen skulle ske. Förbundsstyrelsen valde medvetet att något invänta idéer och förslag kring genomförandet och successivt utvecklades en plan som innebar att välja kronologin för vilken ordning som de olika områdena skulle avhandlas.

Eftersom svaret på de grundläggande frågorna om ”vilka vi är” och ”vårt uppdrag” påverkar de resterande frågorna blev det naturligt att ta dessa diskussioner först.

En processkrivning utvecklades därefter som gjorde att det kunde bli en uppdelning och kronologi för allt det som skulle behandlas.

Sammanfattning av process och tidsplan



Inför den summering som nu kan göras av hur långt vi har kommit till kongressen 2011 så är Förbundsstyrelsen värdering och bedömning;

- Vårt sätt att nu kunna beskriva innehållet i medlemskapet och medlemskapets värde har blivit mycket tydligare. Ett viktigt skäl till detta är att det nu finns en större samsyn i beskrivningen av vilka vi är och vad som är vårt uppdrag.
- Det är svårt att utveckla vår organisation med framtiden och Vision 2018 för ögonen! När vi samtalar om framtidens organisation har vi ett stort behov av att hantera dagens frågor som grundar sig på att vi fortfarande utgår från en organisation från gårdagen. Som stöd för det fortsatta arbetet finns det nu till kongressen förslag på kvalitetskriterier för framtida organisation. Med stöd av dessa får samtalet om framtida organisering och ledarskap fortsätta.
- Kommunikationen har utvecklats betydligt och befinner sig i en fortsatt utveckling. Grundläggande frågor är nu till stora delar klara. Nu ska vi fylla med innehåll och bättre använda de nya möjligheter som vår nya teknik och våra nya verktyg ger.
- Genom de resultat som har uppnåtts så har kongressperioden inneburit ytterligare steg för att bli ”ett förbund”. Det finns en stor samstämmighet i att denna utveckling ska fortsätta och vi är många som är otåliga och vill att det ska gå fortare.
- Det läge som vi nu befinner oss i gör att styrelsen inte ser något behov av föreslå någon större omprövning av stadgarna vid kongressen 2011. Det måste finnas mer heltäckande förslag till en ny organisation innan det blir meningsfullt med en större stadgegenomgång.

En organisation i rörelse gör att frågor alltid återkommer och behöver utvecklas vidare.

Mer övergripande ser Förbundsstyrelsen några områden som behöver avhandlas mer utifrån de resultat som nu har uppnåtts;

- De beslut om kvalitetskriterier som kongressen beslutar om ska sedan bli verklighet! Detta kommer att ställa krav på och visa på svagheter i det sätt som vi idag har valt att bygga upp organisationen.
- Ledarskapet i Vårdförbundet är en aspekt som finns med hela tiden. Inför kongressen påbörjar styrelsen ett samtal som gör att vi såväl komplicerar som konkretiserar frågan om ledarskap. Det handlar om mer än egenskaper hos den enskilde. Detta samtal måste fortsätta
- Frågan om valberedningens roll och former för val behöver hanteras och här föreslås ett riktat projekt.

När det gäller hur arbetet med Tema Vårdförbundet har genomförts så beslutade kongressen 2008 att det skulle finnas med fler förtroendevalda än Förbundsstyrelsen i arbetet . Och det har det också blivit. Fem nationella mötesplatser, med vardera cirka 120 deltagare, har involverats i de centrala frågeställningarna. Även medlemmar utan förtroendeuppdrag har involverats.

Många är mycket engagerade i frågor som gäller den egna organisationen och vår interna kommunikation. Det är en mycket stor mängd samtal i olika möten och även skriftliga synpunkter som har kommit fram från enskilda och från avdelningsstyrelser. Förbundsstyrelsen har fått göra avvägningar och bedömningar utifrån allt detta.

Mängden idéer och den vilja att bidra som har varit så påtaglig har inspirerat till en ny tanke när det gäller hur vi ska kunna hantera detta. Vi behöver bli bättre på att ta hand om och återkoppla medlemmars idéer året runt – inte bara inför årsmöten och kongresser.

Det har varit angeläget att hitta en avvägning när det gäller det utrymme/energi som vi lägger ner på de frågor som är mer interna för organisationen i förhållande till det som behövs för att ge medlemsstöd och för att vara framgångsrika i vårt påverkansuppdrag i förhållande till omvärlden.

Vilka vi är och vårt uppdrag

Kongressen 2008 bekräftade den beskrivning av Vårdförbundets idé som finns i stadgarna. Vidare så antogs vision 2018 och ett antal politiska dokument som utvecklar den idé som stadgan beskriver.

I utredningsdirektivet beskrevs att det redan idag finns en tydlighet i stadgarna av vårt gemensamma uppdrag. Det som behöver stärkas ytterligare är vad detta innebär och hur vi uppnår detta i det gemensamma uppdraget

Konsekvensen av att Vårdförbundet som organisation utgår från yrken och inte från ”anställning” behöver bli tydligare. Självklart är frågor om villkor i och för en anställning en avgörande fråga för yrkena, men samtidigt ställs andra krav på medlem och organisation om man i ord och handlingar är en profession. En organisation som gör anspråk på att samla och företräda fyra olika professioner måste ha en hållning för att möta fyra identiteter och att kunna se så såväl olikheter som likheter. Yrkena har gemensamma utgångspunkter i vårdmötet och hälsa och detta förenar i arbetet med att utveckla vården och villkoren. Vårdförbundet ska ha en tydlig profil som representant för fyra professioner och vi ska gemensamt underlätta individens identifiering med sitt yrke. Detta kräver att Vårdförbundet tar ansvar för att stödja och driva professionsutvecklingen för respektive yrke.

Det är viktigt att förväntningarna inte bara handlar om förhållningssätt inom organisationen. Detta måste också återspeglas i Vårdförbundets hållning i förhållande till omvärlden.

Vårdförbundet har en ovanlig struktur genom att organisera fyra olika yrken, som alla befinner sig i ett eget läge i professionaliseringsutvecklingen. Denna struktur håller enbart så länge de fyra yrkena tycker att man kan vinna något för egen del respektive gemensamt. Parallellt som Vårdförbundet bejakar yrkenas olika förutsättningar behöver vi visa på de gemensamma vinsterna och det som förenar. Exempel på gemensamma områden är jämlik vård, yrkenas roll för säker vård och att uppnå hälsa.

120 förtroendevalda från alla 21 lokalavdelningarna träffades 5-6 maj 2009 på en nationell mötesplats för att samtala om, om professionsidentitet och om visionen 2018. För att kunna diskutera en ny organisation behövdes formulera tydligare beskrivningar om vad som är det speciella med Vårdförbundets idé och uppdrag.

För att ge en tydligare riktning åt det fortsatta arbetet så beslutade Förbundsstyrelsen juni 2009 om sin bedömning och beskrivning av vilka vi är och vårt uppdrag;

Beskrivning

”Vårdförbundet organiserar medlemmar från fyra yrken – barnmorska, biomedicinsk analytiker, röntgensjuksköterska och sjuksköterska. Yrkena har gått från att vara okända, till

godkända och nu är alla legitimerade professioner. Kunskapen som yrkena förvaltar bygger nu inte enbart på erfarenhet utan på forskning som stöd för olika åtgärder.

En profession kännetecknas av att ha ett reglerat samhällsuppdrag, ansvar för att förvalta och utveckla ett eget kunskapsområde, egen etisk kod samt en egen kultur för kollegial gemenskap.

I stadgarna beskrivs den värdegrund som vi gemensamt enats om att utgå ifrån. Den hänvisar också till de etiska koder som yrkena anslutit sig till.

Vår vision 2018 för hälsa och helhet ger målet att vi ska vara den kollegiala mötesplatsen och självklara organisationen för de fyra yrkena. I den kollegiala mötesplatsen finns medlemmar som är kollegor! Idén ska vara gemensam för alla men vi kommer att ha olika uppdrag, förutsättningar och förväntningar.

En del av idén är stadgans beskrivning av vad vi ska göra gemensamt i Vårdförbundet

- utveckla och stärka yrket samt främja den enskilde individens utveckling i sin yrkesroll
- förbättra individens och kollektivets villkor och förutsättningar för yrket och möjligheter till utveckling i arbetslivet
- påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården på arbetsplatsen, lokalt, regionalt, nationellt och internationellt
- påverka utvecklingen i samhällsfrågor
- Inom ramen för detta gemensamma uppdrag kan vi engagera oss mer eller mindre aktivt och också vara mer eller mindre engagerade inom olika områden, men i stadgarna beskrivs vad vi ska göra tillsammans. När översynen ”Tema Vårdförbundet” är färdig kan det finnas idéer om att beskriva uppdraget på ett annat sätt.

Kongressen 2008 gav tre strategiska fokus för att nå vision 2018;

Villkor

Profession

Säker Vård

I den värderingsförändring som önskas, som beskrivs som ”yrke – värde – lön ” blir det tydligt vilken roll som yrket och professionen i sig har för värderingsförändringen.

Vårdförbundets fyra yrken befinner sig i en professionsutveckling, som är en ständigt pågående process. Det krav som nu ställs på Vårdförbundet är att bidra till en fortsatt utveckling av professionsidentiteten hos medlemmar. Detta handlar också om en fortsatt akademisering och bättre samband mellan akademi, forskning och klinik. Alternativet skulle vara att Vårdförbundet inte tror på yrkenas förutsättningar att komma vidare i professionaliseringsutvecklingen.

Professionsidentitet för en yrkesutövare handlar om att acceptera yrket som en profession och att därigenom identifiera sig med professionen och dess krav, att utveckla och använda sin expertis och att styras av sin värdegrund för att tjäna samhället. För att en professionsidentitet skall kunna utvecklas, krävs också att samhället uppfattar att professionen levererar det som efterfrågas. Genom att göra det respekterar samhället professionens unika status, vilket i sin tur får medlemmarna av professionen att känna stolthet och förstärka sin identifikation med professionen.

Förtroendevalda och medarbetare ska stödja denna utveckling och detta är en viktig fråga för såväl kommunikationsstrategin som Tema Vårdförbundet. Genom de förtroendevalda och organisationen får yrkena tillträde till de rum och arenor som de annars inte skulle nå.

Att utveckla den egna professionsidentiteten ger oss fler perspektiv och ett nytt sätt att hantera villkorsfrågor som lön och anställningsvillkor. Vi måste utveckla en större gemensam tydlighet och trygghet i att detta fortfarande innebär att Vårdförbundet arbetar för att uppnå de allra bästa villkoren för medlemmar. ”

Denna beskrivning har sedan funnits med som en grund i det fortsatta arbetet.

Idé/Förslag/Motion

Kongressen ska behandla idé/förslag/motion som lämnades till kongressen 2008 **och** idé/förslag/motion som nu lämnats till kongressen 2011.

När det gäller idé/förslag/motion som lämnades till kongressen 2008 så ger förbundsstyrelsen en återkoppling i form av att föreslå kongressen att bifalla eller avslå respektive förslag. Ibland finns det även ett eget förslag till beslut från styrelsen.

Respektive idé/förslag/motion förslag till kongressen 2011 har tillfogats en faktabakgrund och därefter finns förbundsstyrelsens yttrande. Styrelsen föreslår kongressen att bifalla eller avslå respektive förslag. Ibland finns det även ett eget förslag till beslut från styrelsen.

Ibland behandlar idé/förslag/motion samma frågeställningar och då föreslås dessa behandlas samtidigt av kongressen.

14.1 Tema Vårdförbundet - Bilaga 1 Utredningsdirektiv

Vårdförbundet är en medlemsorganisation med fyra yrkesgrupper. Oavsett om man är studerande eller pensionär, yrkesverksam eller ej så är Vårdförbundet organisationen för barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor.

Medlemmarna finns i många olika verksamheter och funktioner. Att organisera professioner innebär att det är våra yrken som är vår sammanhållning och gemenskap. Det är genom yrket vi formulerar våra idéer och krav för de allra bästa villkoren och den goda vården. Därför ska medlemskapet även fortsättningsvis bygga på stadgans nuvarande princip med medlemskap för den som studerar till eller har legitimation i något av de fyra yrkena.

Vårdförbundet i världsklass ställer krav på oss inför framtiden.

Utifrån inkomna motioner och den lokala dialogen inför kongressen ser vi följande områden där vi behöver fördjupa vårt gemensamma arbete för att därefter fatta beslut:

Medlemsvärde

Medlemmar ska känna gemenskap och tillhörighet och vi ska ha utrymme för medlemsaktivism. De värden som redan finns i medlemskapet ska bli tydligare för fler. Vårdförbundet ska bli den självklara organisationen för de fyra yrkena.

Ett förbund – ett gemensamt uppdrag

Redan idag finns det i stadgarna en tydlig beskrivning av vårt gemensamma uppdrag. Det som behöver stärkas ytterligare är vad detta innebär och hur vi uppnår detta i det gemensamma uppdraget. Utveckla fler enkla och effektiva rutiner och arbetsredskap

Kommunikation – internt och externt

Kommunikation handlar om öppenhet och dialog både internt och externt. En gemensam strategi för kommunikation stärker möjligheten att påverka. Vi ska bli en ännu starkare röst som hörs i samhället. Vi ska utveckla värden och därmed också yrke-värde-lön.

Organisation

Vår organisation ska utvecklas för att vi på ett effektivt sätt ska kunna utföra vårt uppdrag oavsett var medlemmen har sin plats i samhället – anställd eller egen företagare, chef, forskare eller student. Det framtida värdet i medlemskapet är den viktiga utgångspunkten då vår befintliga organisation ska prövas.

Vi vill arbeta öppet och med en bred förankring. Som en del i arbetet kommer vi också att prova nya sätt och metoder för att utveckla dialogen inom förbundet. Medlemmar ska känna att de är med och påverkar vårt arbete och att det vi gör är angeläget för dem. Medlemmar är olika och har olika intressen och vi ska vara med och möta dessa olikheter.

En del av de nya tankar som kommer fram blir en del av det förslag till ny stadga som kommande kongress ska besluta om. För att ge vägledning i detta föreslås att det även fortsättningsvis ska vara så att stadgan inte belastas med innehåll som beskrivs och regleras i exempelvis lagstiftning eller andra officiella dokument.

Sammanfattningsvis innebär utredningsdirektivet följande:

Under kongressperioden genomförs ett mer omfattande arbete som innefattar Vårdförbundets verksamhet, uppdrag, organisation och stadga.

Redovisningen från den lokala dialogen och motioner, idéer och förslag enligt särskild förteckning är bidrag som den kommande utredningen arbetar vidare med.

Förändringar som kräver kongressbeslut ska föreläggas nästa kongress.

Övriga förändringar genomförs redan under kongressperioden.

Dialog

Ombuden diskuterade vid borden utifrån frågeställningen *Finns det något område du behöver veta mer om inför fortsatt diskussion och beslut i september?* Se Bilaga 2 c.

Yrkande

Susanne Björkman, Lena Elfström, Annika Gunnestad, Anette Karlsson, Britt-Inger Wallström, Camilla Stiernborg, Elisabeth Lindgren, Monica Johansson, Tom Benkow, Ulla Althin, Anette Johansson, Chokri Mensi, Katarina Averfors, Anneli Zetterström, Terese Nordberg, Stockholm. Vi yrkar att kongressledamöterna involveras i den fortsatta processen i sakfrågorna, i dialog med förbundsstyrelsen, så att förslag till beslut i sakfrågorna finns då den ajournerade kongressen återupptar sitt arbete i september.

Jani Stjernström, Västmanland. Att avdelningarnas arbeten som är inskickade till förbundsstyrelsen gällande Tema Vårdförbundet skickas ut till kongressombuden innan september.

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla Stockholms och Västmanlands yrkanden.

Kongressen beslutade att bordlägga den fortsatta behandlingen av punkten till september.

22.1 Utdelning av SalusAnsvars vårdpris 2011

SalusAnsvar och Vårdförbundet instiftade priset 2009 för att uppmärksamma framstående insatser inom utveckling av svensk vård. Årets tema är ledarskap i vården. De nominerade var:

Ingrid Wåhlin, avdelningschef Intensiven, Länssjukhuset, Kalmar

Motivering: Ingrid Wåhlin har målinriktat arbetat för att utveckla vården och förbättra för patienterna genom olika projekt, studier och forskning. För att öka kunskapen om hur medarbetarna kan stärka intensivvårdspatienten och anhöriga disputerade Ingrid Wåhlin på en avhandling som heter: *The circle of strength and power – Experiences of empowerment in intensive care*. Efter disputationen har hon som avdelningschef förverkligat sin forskning och utvecklat en lärande organisation. Hon arbetar också i olika andra projekt och som forskningshandledare.

Anders Modin, stf resultatområdeschef, avdelningschef, avd 2, Rättspsykiatri Västmanland, Sala

Motivering: Anders Modin har som avdelningschef genomfört ett mycket väl genomtänkt och hållbart utvecklingsarbete för att säkerställa god vård inom rättspsykiatri. Genom hans utveckling av modellen ”kvalitativ arbetsledning och målstyrning, KAM”, har enheten en effektivare metod att styra, leda och kvalitetssäkra arbetet. Han har skapat en vårdkultur som präglas av en tydlig vårdidé kring varje patient och tydliggjort det rättspsykiatriska uppdraget. Grundidén i utvecklingsarbetet var att identifiera potentialer hos medarbetarna, bejaka det som fungerar och ge alternativa lösningar.

Karin Eklund, röntgensjuksköterska, klinisk lärare, Bild- och funktionsdiagnostiskt centrum, Röntgen, Skånes Universitetssjukhus, Lund

Motivering: Karin Eklund har som projektledare på Skånes Universitetssjukhus i Lund initierat och genomfört Sveriges första mobila röntgen i samarbete med 10 kommuner. Ett samarbete med många aktörer och över huvudmannagränser. Mobil röntgen innebär att en röntgensjuksköterska åker ut med en mobil röntgenapparat till exempelvis särskilda boenden och hospice, för att erbjuda röntgenundersökningar i den egna trygga hemmiljön, istället för transport till sjukhuset, vilket har utvärderats som mycket positivt. Även andra enheter som smittskydd i Malmö har fått hjälp med att screena hemlösa för TBC på ett härbärke.

Anna-Karin Laurell, vd Salus Ansvar, meddelade att Karin Eklund vunnit Salus Ansvars Vårdpris på 250 000 kronor.

Socialminister Göran Hägglund delade ut vårdpriset till Karin Eklund.

Karin Eklund informerade om sitt projekt.

Kongressens första del avslutas

Tal av Sineva Ribeiro

Jag vill börja med att tacka för förtroendet att leda Vårdförbundet under kommande kongress period . Jag vill härmed beskriva lite på hur jag ser på ledarskap i en idé buren organisation.

Jag anser att spänningen i ledarskapet ligger i att klara av att kombinera olika verktyg på det mest optimala sättet. Inget verktyg är bättre än det andra, det är målen som är det viktiga! Denna uppgift kräver ledare med fingertoppskänsla och förmåga att kommunicera både utåt med samhället och inåt i organisationen.

Förväntningarna på ledaren är många och ibland så stora att ingen förmår uppfylla dem. Jag är den jag är, med både mina starka och svaga sidor och det är jag medveten om. Detta innebär också att det är tillåtet att göra fel, att göra bort sig. Den som är för rädd att misslyckas tror jag inte heller vågar sig på några utmaningar, detta kan leda till stillastående. Vi måste våga sticka ut hakan!

För mig är det viktigt att det också ska vara roligt. Att man pratar om viktiga och ibland väldigt allvarliga frågor betyder inte att man måste vara gravallvarlig. Förbundets politik, så som det står i Vision 2018 för hälsa och helhet, är den gemensamma grunden. Vi som förtroendevalda har en möjlighet att se helheten. Som ledare är det vår skyldighet att göra den tydlig och begriplig. Först då kan enskilda medlemmar se nyttan av att vara med i organisationen och dra slutsatser av olika ställningstagande. Själva idén med att organisera sig fackligt är att man vill förändra något, påverka människors attityder. Vårdförbundets fyra yrken ger tyngd och gör det lättare att nå målen.

Varje medlems verklighet är föränderlig hela tiden och detta ställer krav på lyhörda ledare men också krav på en organisation som klarar förändringar . Kommunikationen måste fungera och att medlemmen känner sig hemma i förbundet.

Vilja, engagemang, kreativitet och massor av idéer är en god kraft och nödvändiga för all utveckling. Glöden är viktig och jag skulle nog säga nödvändig i det framgångsrika ledarskapet. Vad är värdet av att tillhöra ett fackförbund? Får jag som medlem något i utbyte mot medlemsavgiften? Hur locka kommande generationer till fackligt engagemang och medlemskap? Och vilka krav ställer detta på ledarskapet i förbundet? Viktiga frågor för Vårdförbundet i framtiden.

Detta innebär att det kommer att bli förändringar men vilka har jag inte svaret på nu. Utan tillsammans skall vi skapa den allra bästa organisationen för medlemmar som också blir självklar för professionerna.

Ännu en gång tack för förtroendet!

Kongressen ajourneras

Kongressen ajournerades till den 27 – 28 september.

Reservation

Ingrid Edman, Västmanland. Avdelning Västmanlands kongressombud reserverar sig mot att på förhand planera ajournering. Det leder till vakuum i verksamheten, förlust av dynamik i viktiga frågor och tilltro till vilka som är kongressombud vid de båda kongresserna.

Vid protokollet


Stefan Lundberg

Justeras 2011-05-05


Brith Holm


Susanne Björkman

Kongressen återupptas

Inledningsanförande av Sineva Ribeiro

Med varmt hjärta hälsar jag er välkomna till andra delen av Vårdförbundets kongress 2011!

Många av er var med under första delen av kongressen i maj, men flera av er var det inte, utan ni är med för första gången, jag hälsar er extra varmt välkomna.

Vi har ett enormt arbete framför oss dessa två dagar. Vi är oerhört ambitiösa i vår vilja att skapa den allra bästa organisationen och de allra bästa förutsättningarna för medlemmarna i deras arbete.

I denna iver får vi inte glömma en av de viktigaste uppgifterna, och det är som jag ser det att vi tillsammans skall skapa en härlig gemenskap med massa kreativitet och positiv energi som vi kan ta med oss ut i vardagen och som kommer medlemmarna till del under hela kongressperioden.

Förändringsarbete

Vårdförbundets kongress har sedan tidigare bestämt att vi skall ta ledningen i förändringsarbetet inom vården, vi skall uppnå en värderingsförändring av våra medlemsgrupper och vi skall utveckla vår organisation – vi skall vara den kollegiala mötesplatsen och en partner i yrkeslivet.

För att kunna uppnå detta har kongressen insett att organisationen måste förändras. Det förändringsarbetet inleddes 2008 och kallades Tema Vårdförbundet.

Den förändring som vi alla vill uppnå har bland annat visat sig genom en flod av motioner och stora mängder dokument som beskriver vad vi vill. Många av dessa frågeställningar ingår i de omfattande kongresshandlingarna.

Mitt önskemål för dessa två dagar är att vi tillsammans kan ta oss igenom denna stora mängd information, och lyckas sålla ut det som är viktigast för organisationen – vilken riktning skall vi ha för de kommande tre åren, hur kan vi bäst ta steg mot vår vision 2018 för hälsa och helhet?

Min fasta övertygelse är att förändring är nödvändig – Jag, tillsammans med förbundsstyrelsen, har en bild av hur vi skulle kunna bygga Vårdförbundets verksamhet, men vi behöver er hjälp för att kunna genomföra de förändringarna.

Både här under dessa två dagar och efter att denna kongress är avslutad och lagd till historien, måste vi alla tillsammans bygga den organisation vi vill ha. Det finns ingen nationell organisation som kan uppfylla alla de mål och visioner som vi vill uppnå. Vi måste göra det tillsammans.

Förändringsarbete innebär stora utmaningar, både inåt i organisationen och utåt i förhållande till andra – då gäller det att vi inom organisationen har tillit till varandra, att vi tillåter att ibland blir det fel – och att vi tillsammans kan gå vidare genom att ha ett öppet och förlåtande klimat.

Jag var med och fattade beslutet att lägga många frågor i Tema Vårdförbundet vid kongressen 2008, kanske var det strategiskt rätt då, idag ser vi dock att uppgiften var så mycket större än vi kunde ana. Kanske hade vi kunnat göra arbetet smidigare genom att inte lägga in frågor med så hög detaljnivå i tema vårdförbundet. Man skall inte behöva vänta en hel kongressperiod för att få respons på idéer och förslag.

Som exempel kan jag nämna att förbundsstyrelsen redan nu fattat beslut om att ge ut en medlemsalmanacka, vi har även förändrat en del profilprodukter. Om vi kan hantera dessa frågor på ett smidigt sätt kan kongressen under de få dagar vi träffas koncentrera sig på de mer övergripande frågorna.

Strategier

Vision 2018 för hälsa och helhet som vi antog vid kongressen 2008 visar på vad vi vill. Med hjälp av den och de idépolitiska dokumenten som vi antog på samma kongress och som berör vården, ledarskapet, utbildning, lön och vårdmiljö beskriver vi vad vi vill.

För att nå visionen och uppnå en förändring i synen på och värderingen av våra yrken måste vi använda oss av de smartaste strategierna. Ett sätt att beskriva hur man skapar en strategi är att utgå från flera olika delar, varav vad vi **vill** är en del. Med kunskap om omvärlden och medlemsberättelserna får vi en bild – som tar ställning till vad vi **bör** göra. Tillslut bestämmer vi vad vi **kan** göra – genom att ta reda på vilka resurser och vilken kompetens vi har till vårt förfogande.

Därför är de strategidiskussioner vi skall ha här idag och imorgon så oerhört viktiga. När vi har strategierna klart för oss kan vi utifrån dem bestämma hur vi skall organisera oss och vilka aktiviteter vi skall genomföra. Som stöd i strategidiskussionerna har ni flera dokument framför er på bordet. När vi har diskuterat möjliga strategier kommer vi genomföra en prioritering, vad anser vi vara det viktigaste arbetet för de kommande tre åren?

Mandat för förändring med koppling till kvalitetskriterierna

För att förbundsstyrelsen skall kunna genomföra nödvändiga förändringar av organisationen måste vi få ett tydligt mandat av kongressen att vidta de åtgärder vi anser vara nödvändiga i den takt vi anser att organisationen orkar med. Vi kan inte vänta i ytterligare tre år innan nästa kongress för att genomföra dessa förändringar.

Därför anser jag att de absolut viktigaste uppgifterna för denna kongress är att vi fattar beslut om strategier som går att använda för att styra verksamheten och om de kvalitetskriterier som organisationen skall eftersträva och tillslut uppnå.

Utifrån innehållet i strategierna, idédokumenten och framförallt innehållet i kvalitetskriterierna är förbundsstyrelsen sedan beredd att arbeta hårt för att **inom ett år** ta fram ett förslag på ny organisation för framtidens Vårdförbund. Förslaget kan sedan bearbetas och diskuteras via ett Community, precis som vi diskuterat inför denna del av kongressen.

Idédokumentet

En ytterligare ytterst viktig fråga angår hur vi fortsatt bygger Vårdförbundets idé. De idépolitiska dokumenten som vi antog till kongressen 2008 har i handlingarna till denna kongress omarbetats.

Vi använder idéerna i syfte att systematiskt bygga upp vår möjlighet till påverkan. Idédokumentet använder vi för att effektivt kunna påverka i en bestämd riktning. Att arbeta utifrån idéer för olika områden har varit framgångsrikt. Vi får gehör och det blir möjligt att föra samtal med andra aktörer i vården. Genom att olika idéer möts kan samtalet utvecklas och fördjupas och våra idéer sprids, någon vidareutvecklar, någon genomför delar av idéerna – och så fortsätter vi att påverka i den riktning vi önskar.

Ett bra exempel är nollvision för vårdskador. Det är många viktiga samhällsaktörer som är intresserade av våra idéer. De politiska partierna, andra idéburna organisationer och media. Även myndigheterna och inte minst arbetsgivarna inom vården är beredda att lyssna på Vårdförbundets idéer.

Ibland får vi snabbt genomslag, ibland tar det längre tid – men idédokumentet gör att vi kan hålla en gemensam linje i vårt påverkansarbete och då bli arbetet mer effektivt.

Arbetstidsfrågan – koppling till Vårdmiljö

Ett av våra mest diskuterade idédokument är det som i handlingarna är döpt till Hälsosam vårdmiljö. Det har inkommit mer än 30 motioner om frågor relaterade till medlemmarnas arbetstidsvillkor. Det är en fråga som är oerhört viktig för merparten av våra medlemmar. Många av våra idéer om hur vi vill utveckla yrkena, vården och organisationen är helt beroende av att vi lyckas komma fram i frågan om hur vi skall orka på jobbet. Har man arbetstider som gör att man inte hinner gå på toaletten, än mindre ta ut sina raster – är det oerhört svårt att få kraft till att påverka sin arbetsmiljö.

Vi vill genom att använda ordet vårdmiljö peka på att vi ser den miljö som medlemmarna befinner sig i ett bredare perspektiv, arbetsmiljön är en oerhört viktig faktor, men den kan inte ses som fristående från patienternas och vårdens miljö.

Arbetsmiljön och patienternas miljö har ett direkt samband. Våra medlemsgruppers påverkan på vårdmiljön har också ett direkt samband med hur våra yrken värderas, ju större påverkan, ju högre värdering. Jag tycker därför att vi skall besluta om att anta dokumentet Hälsosam vårdmiljö.

Motionen anses besvarad och annan mötesfakta

Vi kommer jobba under stor tidspress under dessa dagar, och det är många viktiga beslut som skall fattas. Vi måste vara noga med att lägga tiden på det som ger allra bäst utdelning i form av strategier och målformulering.

Hinner vi inte får vi under mötestiden fatta beslut om att bordlägga frågor och kalla till ytterligare kongressdagar, eller om förbundsstyrelsen kan få mandat att fortsatt fatta beslut om och driva frågorna.

En frågeställning som redan kommit upp är frågan om begreppet ”att anse motionen besvarad” som står som förbundsstyrelsens förslag till beslut. Begreppet betyder att vi som organisation anser att frågan är viktig och att vi redan arbetar med den. Det är inte samma sak som att avslå motionen.

Om det uppkommer frågor under dessa dagar som behöver besvaras finns både jag och resten av förbundsstyrelsen här för att svara på frågor.

Avslutning

Det är ingen lätt uppgift vi har framför oss, vare sig under dessa dagar i detta rum eller hemma i våra verksamheter, men tillsammans är vi starka och vi kommer att lyckas.

3. Upprop av kongressombud

Kongressombuden har blivit avprickade vid inregistreringen. Deltagarförteckning finns upprättad över de kongressombud som är närvarande. Deltagarförteckningen återfinns som bilaga 1 b.

Förslag till beslut

Att kongressen godkänner genomförd avprickning som upprop.

Beslut

Kongressen beslutade att avprickningen gäller som upprop.

6. Fastställande av föredragningslista

Förslag till beslut

Att komplettera punkt 22, Övriga frågor med punkt 22.2 Rapport från specialistkunskapsprojektet.

Att ytterligare övriga frågor ska vara anmälda senast kl 12 den 27 september.

Beslut

Kongressen beslutade att fastställa föredragningslistan.

7.2 Förslag till arbetsordning och program 26-28 september

Program

26 september

Registrering sker i samband med ankomst till Djurö.

19.30 Gemensam samling och måltid.

27 september

08.00 Kongressen återupptar förhandlingarna. Förbundsordförande Sineva Ribeiro inleder.

Uppföljning p 3 upprop av ombud samt p 7 beslut om arbetsordning för kongressen. OBS! ny arbetsordning.

09.00 P 12 Medlemsberättelser

09.30 P 15 Vård

12.00 Lunch.

13.00 P 16 Utbildning och professionell utveckling

14.30 Fika

15.00 P 18 Värderingsförändring och lönebildning

16.30 P19 Hälsosam vårdmiljö

18.15 P17 Vårdens ledarskap

19.00 Kongressen ajourneras

20.00 Kongressmiddag.

28 september

08.30 P 20 Strategier påbörjas med genomgång av underlag från dag 1. Punkten kommer att behandlas under em.

09.00 P 14.2 Vårdförbundet

09.30 P 14.2.3 Kvalitetskriterier

10.30 Fika

11.00 P 14.2.1 Medlemskap

- 12.00 P 14.2.2 Organisation
- 12.30 Lunch.
- 13.30 forts P 14.2.2 Organisation
- 14.00 P 14.2.4 Stadgar
- 14.30 P 14.2.5 Kommunikation
- 15.15 P 20 Strategier
- 15.30 Fika
- 16.00 forts P 20 Strategier
- 16.45 P 21 Ekonomi
- 17.15 P 22 Övriga frågor
- 17.30 P 23 Kongressen avslutas
- 18.00 Kongressen är slut

Arbetsordning

Kongressen återupptar sina förhandlingar 27 och 28 september.
Ombuden samlas den 26 september. Kongressen beräknas avslutas den 28 september kl 18.00

Offentlighet

Kongressens förhandlingar är öppna.

Debattregler

Ordet begärs skriftligt hos presidiet via knapptryck på ombudets dosa (registrering av namn, ombudsnummer).

Alla anföranden hålls med mikrofon (finns på bordet).

Förslag/yrkanden ska, för att kunna tas upp till behandling, vara inskrivna via dator och lämnas före eller i anslutning till den punkt som förslaget gäller.

Yttrande- och förslagsrätt har kongressens ombud och av kongressen 2008 och 2011 vald förbundsstyrelse.

Yttranderätt har också särskilt inbjudna gäster.

Rösträtt har kongressens ombud och av kongressen 2008 vald förbundsstyrelse.

Mötespresidiet och styrelsens föredragande har rätt att, oberoende av uppgjord talarlista, omedelbart erhålla ordet.

Talartid är max 2 minuter. Tidsbegränsningen gäller inte styrelsens föredragande. Presidiet äger dessutom rätt att lägga förslag om debattens avslutande och ytterligare tidsbegränsning för talarna.

Reservationer ska lämnas skriftligt. Anmälan om reservation ska göras i omedelbar anslutning till beslut.

Omröstning

Omröstning sker öppet.

Ledighet

Kongressombud som av någon orsak önskar ledighet under kongressens förhandlingar ska skriftligen anmäla ledighet till mötespresidiet som beviljar ledigheten. All ledighet antecknas till protokollet.

Protokoll

Protokoll upprättas som justeras av de valda justeringspersonerna.

Förslag till beslut

Att godkänna arbetsordningen

Beslut

Kongressen beslutade att godkänna arbetsordningen.

14.2.1 Tema Vårdförbundet - Medlemskapet¹⁶⁷

Förbundsstyrelsens redovisning

Förbundsstyrelsen gav uppdrag åt en arbetsgrupp, med såväl förtroendevalda som medlemmar utan förtroendeuppdrag, att arbeta med frågor om medlemskapets innehåll, om kraven som medlemmarna ställer på organisationen - och kraven som organisationen ställer på medlemmarna.

Arbetsgruppens deltagare har under sitt arbete på olika sätt involverats i samtal med förtroendevalda och andra medlemmar när det gäller de idéer som kommit fram.

¹⁶⁷ Kongressen beslutade under punkt 7.2 Reviderad arbetsordning att ge förbundsstyrelsen i uppdrag att i januari 2012 sammankalla en extra kongress angående förbundets interna organisation och där behandla punkterna 14.2.1 Medlemskapet, 14.2.2 Organisation, 14.2.4 Stadgar och 14.2.5 Kommunikation

Arbetsgruppen lämnade en rapport till styrelsen, den återfinns i sin helhet i bilaga . Det har också gjorts en film där arbetsgruppens deltagare intervjuas om gruppens arbete och resultat.

Den sammanfattande beskrivningen från arbetsgruppen blev;

- Som medlem stärker jag min professionsidentitet
- Som medlem får jag stöd för mina villkor och förutsättningar i mitt arbete
- Som medlem är jag med och påverkar vården och hur professionerna värderas
- Som medlem deltar jag i förbundets beslutsprocess

Ett resultat av arbetsgruppens arbete är en tydlig beskrivning av olika perspektiv på Vårdförbundets framtida organisation;

- Medlemsstöd
- Möta medlemmens individuella behov
- Påverkansperspektivet
- Påverka alla nivåer omvärld - arbetsplats
- Påverka i olika frågor
- Demokratiperspektivet
- Medlemmen som ägare
- Kollegiala mötesplatsen
- Medlemmens behov av gemenskap och att träffa kollegor

Värdet i medlemskapet kommer att öka då det för alla medlemmar i landet ska finnas gemensamma kvalitetskriterier – löften som ges kopplade till medlemskapet.

Vårdförbundet är inte ensamt i att vilja tala om värde av medlemskap i en facklig organisation. TCOs medlemsförbund har gemensamt valt att genomföra ett förändringsarbete som kommit att kallas FacketFörändras.nu. I ett tidigt skede efterfrågades förslag från allmänheten och det kom en stor mängd förslag. Något av det som gett viktiga signaler även för oss är; ”Synas mer på arbetsplatsen”, ”Lättare att nå er”, ”Lyssna på oss”, ”Mer personliga möten”, ”Ordna medlemsmöten”, och ”Möt oss unga”.

Inte minst i mötet med privatanställda medlemmar är det viktigt att beskriva medlemskapets värde och även kollektivavtalets värde. Över trettio deltagare från Vårdförbundet fanns med i de inspirationsdagar som facketförändras.nu genomförde för att i kommande led kunna möta medlemmar och blivande medlemmar för att samtala om detta.

Medlemsförmåner och medlemserbjudanden utgör inte en grund för ett medlemskap men kan bidra till ett ökat medlemsvärde. Det finns också en efterfrågan på att det ska finnas profilprodukter. En stor mängd av konkreta förslag kring detta kommer fortlöpande och utgjorde också en stor del av de förslag som kom till kongressen 2008. Sedan kongressen 2008 har tagits fram en stor mängd av olika profilprodukter.

Vårt sätt att nu kunna beskriva innehållet i För kommande kongressperiod är det angeläget att medlemskapet och medlemskapets värde ska kommuniceras på ett bättre sätt så att fler vill bli medlemmar och stanna kvar som medlemmar.

Idé/förslag/motion

1. Medlemskap - medlemmens åtagande (2008)

Motionär: Marianne Kock, Stockholm

Detta är ingen fråga utan ett citat ur Unionens nya/övergångs stadga: ”Genom sitt medlemskap har medlemmen rätt till stöd och service och har ett åtagande att bidra till det fackliga arbetets styrka och utveckling”. Jag tycker att det är så bra uttryckt att är inte bara pengar som räknas utan att alla medlemmars aktivitet i våra olika möten bidrar till att stärka fackföreningsrörelsen och därmed Vårdförbundet. Skulle inte något liknande kunna finnas i Vårdförbundets stadga? Jag tycker att vi ofta får frågan från medlemmarna ”Vad får jag för mina pengar?” Att då kunna kontra med att engagemang krävs också, man kan inte KÖPA se delaktighet utan att vara aktiv. Är man aktiv inser man ganska snart vad man får för medlemsavgiften.

Återkoppling till kongressen 2011

I dagens stadgar finns det redan ”krav” på medlemskapet; ”Som medlem följer du de etiska riktlinjer som är fastställda för respektive yrke och verkar för Vårdförbundets grundläggande värderingar.”

Medlemmar har olika lust och förutsättningar att vara aktiva i Vårdförbundet. En del gör det aktiva valet att ”enbart” betala medlemsavgiften. Andra vill vara aktiva men vill ändå inte ha ett förtroendeuppdrag. Synen på vad som är det viktigaste i medlemskapet kommer självklart att variera bland medlemmar.

Inom ramen för Tema Vårdförbundet har en arbetsgrupp sett över frågan om medlemskapet – ur medlemmars perspektiv. Där beskrivs idén som att medlemskapet innebär att medlemmar ställer krav på varandra och också att det ställs krav för att kunna bli och vara medlems.

Förslaget innehåller inte något konkret förslag till ny stadgetext för Vårdförbundet men utifrån andemeningen att medlemmar ställer krav på varandra och att det ställs krav på medlemskapet så föreslås att idén bifalls.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut
Att bifalla idén.

2. Karens i medlemskapet (2011)

Motionär: Niclas Svensson, avdelning Jönköping

I samband med Vårdförbundets strejk 2008 framkom att ett antal personer som arbetar inom de yrkesgrupper som Vårdförbundet organiserar, gick med som medlemmar i samband med deras respektive arbetsplatser blev varslade eller förvarnade om att de skulle komma att tas ut i konflikt.

Jag vill därför att Vårdförbundets kongress beslutar om att alla nyblivna medlemmar som redan är yrkesverksamma, skall omfattas av 2 månaders karenstid innan de kan få ta del av Vårdförbundets hjälp i vissa frågor. Fördelen är att vi på detta sätt ytterligare kan påvisa skillnaden med att vara eller inte vara medlem och då på ett solidariskt sätt bidra till Vårdförbundets samlade verksamhet. Som det nu är, finns möjlighet att ta del av all hjälp

genom att enbart bli medlem strax före behovet uppstår, för att sedan begära utträde ur förbundet när hjälp eller ekonomisk ersättning erhållits.

3. Spärrtid för medlemskap (2011)

Motionär: Anne-Marie Johansson, avdelning Halland

Jag tycker att det skall finnas någon form av spärrtid för medlemskap inom Vårdförbundet. Det skall inte bara vara så att man i "kristid" inför ev. strejker helt plötsligt vill bli medlem för att när strejken är avblåst genast gå ur facket igen. Det är bara så osolidariskt! Jag föreslår att man inför en "prövotid" på tre månader innan man får ta del av förbundets strejkkassa och att man måste vara medlem i minst ett år därefter.

Fakta/Bakgrund

"Medlem är berättigad till ersättning ur konfliktfonden om medlemskap beviljats senast dagen innan konflikt bryter ut" Så är rätten till ersättning reglerad i stadgarna idag. I praktiken innebär detta att ansökan skall ha inkommit till Vårdförbundet senast dagen innan en konflikt bryter ut. Det finns en intresseavvägning mellan att så många berörda som möjligt ska vara medlemmar på en arbetsplats vid arbetsmarknadskonflikt och att de som då blir medlemmar också kvarstår som medlemmar efter konflikten.

I samband med konflikten 2008 beslutade förbundsstyrelsen att nyinträdda medlemmar måste ha betalat minst en månadsavgift för att få konfliktersättning. 2008 var det ett antal personer som begärde inträde i Vårdförbundet strax innan konflikten bröt ut och därefter utträdde i direkt.

Förbundsstyrelsen har nu 2010 prövat frågan på nytt och beslutat;

Att för att vara berättigad till konfliktersättning ska ny medlem ha betalat medlemsavgift motsvarande tre månadsavgifter i högsta avgiftsklass.

Kongressen 2008 gjorde följande mer allmänt hållna ställningstagande;

Att anta policyn att Vårdförbundet inte har skyldighet att företräda medlem i ärende som uppstått innan medlemskap beviljats.

Förbundsstyrelsens yttrande

Förbundsstyrelsen delar synen att det måste påvisas skillnaden mellan att vara eller inte vara medlem och då på ett solidariskt sätt bidra till Vårdförbundets samlade verksamhet. Detta var också skälet till den skärpning som nu gjorts för att kunna dra ekonomisk fördel av konfliktersättning.

Grundsynen måste fortfarande vara tydlig i att uppmuntra till fördelarna med medlemskap. Likaså är det viktigt att hitta ett system som gör att Vårdförbundet inte belastas med onödig administration och behov av att kontrollera medlemmar.

Många av de som idag borde vara medlemmar men som inte är det kan ofta få en anledning att ompröva medlemskapsfrågan när det "hänt något". Många av de som då ser nyttan av ett medlemskap kvarstår också som medlemmar.

Förbundsstyrelsen bedömning är att det nya beslut som tagits först ska prövas.

Den formulering som återfinns i ett av förslagen blir för svårtolkat; ”att alla nyblivna medlemmar som redan är yrkesverksamma, skall omfattas av 2 månaders karenstid innan de kan få ta del av Vårdförbundets hjälp i vissa frågor.”

Av dessa skäl föreslås att motionerna avslås. Förbundsstyrelsen föreslås även fortsättningsvis ha uppdraget att fatta de beslut som behövs för att uppnå önskvärd intresseavvägning.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå motionen.

4. Medlemsutbildning i löneförhandling (2008)

Motionär: Åsa Linnea Torebäck, Stockholm

Jag har funderat på allt tal om våra löner och att vi har individuella löner. Det är svårt att löneförhandla. Jag tycker att alla medlemmar ska få en dags utbildning i löneförhandling. Detta skulle sätta mer press på arbetsgivaren för att vi, arbetstagarna, kommer mer förberedda och med krav och önskemål och vi som ska förhandla känner oss stärkta. Jag vill få veta vad jag ska tänka på vid löneförhandlingen, vad kan jag kräva men också om mina skyldigheter. I löneförhandlingen kan ju även ingå att inte få högre lön men kanske fler semesterdagar, eller gå en utbildning på arbetstid. Ibland så tror jag att arbetsgivare i sin tur är minst lika dåligt informerad som jag är och det är ju inte heller en bra utgångspunkt. I nuläget så känner jag mig ofta ”blåst på konfekten” vid lönesamtal då allt redan är bestämt innan utan jag kan påverka det.

Mitt förslag: 1 dags utbildning i löneförhandling för alla medlemmar som så önskar, på betald arbetstid alt betalt av facket.

Återkoppling till kongressen 2011

Vårdförbundet har självklart ett ansvar för att ge medlemmar förutsättningar att påverka sin lön, exempelvis med råd och stöd inför lönesamtal. Samtidigt är det viktigt att också informera och kommunicera om allt det som, utöver löneförhandling och lönesamtal, påverkar värdering och lön.

Detta är en uppgift för oss och vi behöver se över hur vi på ett bättre sätt kan ge medlemmar bättre förutsättningar att påverka både inom förbundet, i vården och på arbetsplatsen. Vi behöver utveckla medlemsdialogen både genom att erbjuda utbildning, skapa mötesplatser och utrymme för medlemsaktivism.

En gemensam översyn av kompetensutveckling och utbildningar föreslås ske kommande kongressperiod. En del måste ske redan nu medan annat får invänta att den framtida organiseringen har klarnat.

Det finns därför inga nationella enhetliga utbildningar framtagna, men däremot finns det en stor mängd kunskaps och dialogmaterial framtaget och på många håll i landet genomförs redan idag utbildningsinsatser utan specifika kongressbeslut.

Efter avtalsrörelsen 2008 togs det fram ett arbetsmaterial som vänder sig till medlemmar och som skickats ut tillsammans med tidningen Vårdfacket; ”Yrke – värde – lön: från idé till resultat.” Materialet var tänkt att vara ett stöd i medlemmens reflektion och vilja att förtydliga

sitt ett eget bidrag i vården. Detta material har uppdaterats 2010 så att det fortfarande ska kunna vara aktuellt. Genom att tillsammans på arbetsplatsen och bland förtroendevalda vara delaktiga i den lokala lönebildningen så påverkas det utrymme som behövs för att nå en värdeförändring.

Medlemsutbildningar organiseras och genomförs bäst nära medlemmar och avdelningarna har de bästa förutsättningarna för att planera genomförandet. För att kunna ge ett stöd för detta så ska det utarbetas en gemensam sammanställning av material och metoder som kan användas. Utifrån förslagets ordalydelse föreslås att kongressen inte bifaller förslaget.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att ett gemensamt utbildningsmaterial för medlemmar ska utarbetas.

Att avslå förslaget.

5. Medlemsomröstning avtal (2008)

1. Motionär: Per-Anders Åström, Västra Götaland

Då de visat sig att det sista avtalet haft lågt förtroende bland medlemmarna yrkar jag på att kommande avtal mellan förbundet underställs medlemmarnas godkännande innan det skrivs på. Detta kan ske antingen på stormöten i landsting och kommuner eller via Vårdförbundets "mina sidor". På så sätt ökar vi medlemmarnas känsla av delaktighet i kampen för bättre arbetsvillkor.

Att införa detta med dagens tillgång i teknik borde inte vara någon utmaning för förbundet. Dessutom sätter det press på SKL som är väl medvetna om det stora missnöjet bland arbetstagarna.

2. Motionär: Mats Landström, Östergötland

Som fackligt förtroendevald på min arbetsplats, OPUS i Linköping, upplever jag ett bristande förtroende för vårdfacket centrala ledning, framför allt med avseende på det nu uppsagda löneavtalet. Detta orsakar ett internt demokratiproblem i förbundet. Medlemmarna vill att ledningen lyssnar till dem innan löneavtal skrivs under. Därför motionerar jag till kongressen att förbundet inför rådgivande medlemsomröstning innan avtal skrives under. Detta skulle kunna vara ett sätt att aktivera medlemmarna och få dem att känna mer gemenskap med sin fackliga organisation.

Återkoppling till kongressen 2011

Erfarenheten från den avtalsrörelsen 2008 med Sveriges Kommuner och Landsting visar på att vi behöver utveckla dialogen med medlemmar såväl innan som under och efter en avtalsrörelse. Sedan tidigare vet vi att detta i ännu större utsträckning är viktigt att utveckla när det gäller alla de avtal som tecknas inom privat sektor och staten.

Det gäller såväl nationellt som lokalt. Våra avtal har utvecklats och bygger på att det finns både en nationell och en lokal överenskommelse. Avtalsarbetet är enbart en del i det långsiktiga arbetet för en värderingsförändring och vi behöver se över hur vi kan hitta mera ändamålsenliga sätt att arbeta med öppenhet och dialog där detta blir tydligt.

Det har gjorts en omfattande såväl politisk som administrativ utvärdering av avtalsrörelsen 2008 för att dra lärdomar.

Inför ställningstagande kring kommande avtal med Sveriges Kommuner och Landsting prövar vi nu en modell för en ny process. En medlemsdialog kring viljeinriktning och vad vi bedömer möjligt sker bäst innan förhandlingarna har startat.

Dilemmat med att rikta för mycket fokus på en dialog kring de slutgiltiga avtalsförslagen är att detta handlar om ett förhandlingsresultat där två parter redan har kompromissat. För att vara tydliga i en förhandlingssituation måste det redan innan förhandlingarna påbörjas vara klart vad Vårdförbundet prioriterar bland alla de olika medlemsåsikter som finns när det gäller förändringar i avtalet.

När det gäller avtalet med Sveriges Kommuner och landsting så finns det i jämförelse goda förutsättningar att ha en bra medlemsdialog. För avtal som berör statligt anställda medlemmar och medlemmar inom den privata sektorn så prövas nya sätt att genom referensgrupper involvera berörda medlemmar.

Förbundsstyrelsen menar att medlems möjlighet att vara delaktig när det gäller att prioritera krav inför tecknandet av avtal måste utvecklas. Till kongressen 2011 har det kommit nya förslag som pekar på andra sätt än medlemsomröstningar för att öka delaktigheten (referensgrupper och avtalskongresser). Nya förslag välkomnas och i detta kan det också finnas med olika former för medlemmar att ge sina prioriteringar. Detta måste dock ske innan förhandlingar har resulterat i ett avtalsförslag.

Om det är, som det beskrivs i en av motionerna, så att kongressen väljer en styrelse som medlemmarna inte har ett förtroende så är detta helt riktigt ett demokratiproblem. Att detta skulle kunna hanteras genom rådgivande medlemsomröstningar bedömer Förbundsstyrelsen tveksamt.

6. Referensgrupp till hjälp inför tecknande av kollektivavtal (2011)

Motionär: Tina Kall, avdelning Västra Götaland

Bilda referensgrupper inför/vid förhandlingar inför tecknande av kollektivavtal. Har själv under hösten 2010 suttit med i en sådan grupp på försök, inför tecknandet av kollektivavtalet för bransch H. Vilket enbart har upplevts positivt av mig själv och medlemmarna då vi känner att vi kunnat vara med och lämna åsikter och förslag på sådant som var/är viktigt för oss. Vi som varit med i referensgruppen har direkt och på ett effektivt sätt kunnat ge ombudsmannen som förhandlat för oss feedback och "mer kött på benen" Vi har haft ett antal telefonmöten och har en gång träffats "fysiskt" på ett möte. En bonus på "arrangemanget" är att de förtroendevaldas kontaktnät inom branschen dessutom utökats...

Fakta/Bakgrund

Vårdförbundet har en gemensam vilja och nationella mål för lönearbetet som är gemensamma oavsett avtalsområde. Förbundsstyrelsen ansvarar för förbundets förhandlingsverksamhet och dialogen med medlemmar.

Att berörda medlemmar ska kunna vara delaktiga inför och under förhandlingar är en viktig utgångspunkt. Vårdförbundet är part och tecknar centrala kollektivavtal med en stor mängd arbetsgivarorganisationer och dessa berör en mycket varierad mängd medlemmar. Som ett

sätt att utveckla delaktighet i de olika avtal som tecknas med Vårdföretagarna prövas nu referensgrupper.

Tanken med referensgruppen är följande:

- Ökat medlemsinflytande
- Bättre information
- Starkare koppling till medlemsviljan
- Mer initierade beslut

Gruppen blir rådgivande i förhandlingsarbetet.

Förbundsstyrelsens yttrande

Det är bra med fokus på en dialog inför och under förhandling. Detta till skillnad från att rikta fokus mot det slutgiltiga avtalsförslaget, som handlar om ett förhandlingsresultat där två parter redan har kompromissat. För att vara tydliga i en förhandlingssituation måste det redan innan förhandlingarna påbörjas vara klart vad Vårdförbundet prioriterar bland alla de olika medlemsåsikter som finns när det gäller förändringar i avtalet.

Medlems möjlighet att vara delaktig när det gäller att prioritera krav inför tecknandet av avtal måste utvecklas. Referensgrupper är ett bra sätt att pröva detta, men det kan också behövas andra former beroende på omständighet.

Förslaget är således redan en naturlig del i Vårdförbundets verksamhet.

Förbundsstyrelsen menar att medlems möjlighet att vara delaktig när det gäller att prioritera krav inför tecknandet av avtal måste utvecklas. Till kongressen 2008 fanns det förslag på medlemsomröstningar som form för att öka delaktigheten. Nya förslag välkomnas och i detta kan det också finnas med olika former för medlemmar att ge sina prioriteringar.

Till kongressen 2011 finns det ett annat förslag som berör delaktighet kring centrala avtal och det är avtalskonferens.

Styrelsen föreslår att dessa olika former av delaktighet avhandlas samtidigt under kongressen och hoppas att nya förslag ska kunna utvecklas.

7. Centrala löneavtalsförhandlingar och avtalskongress (2011)

Motionär: Sonny Bergmark Johan Larsson, Lotta Hjelte-Löfgren, Lena Arctadius, Ramona Rönnholm, Jenny Olsson, Charlotta Hellström, Ann-Christin Linder, Camilla Lingbro Dömstedt, avdelning Västerbotten.

Lönen är en viktig del i anställningen, kanske den mest avgörande. Vårdförbundets lönepolitik har en betydande roll i hur lönen utvecklas för våra medlemmar när centrala löneavtal tecknas. Starka centrala avtal är enligt min syn en förutsättning för att vi ska ha möjlighet att utveckla löneprocessen och utfallet lokalt. Vårdförbundets avtalsförhandlingar & avtalstecknande på offentlig sektor är en strategisk fråga för förbundet av största vikt. Avtal inom offentlig sektor är ofta riktgivande för andra avtalsområden.

Vi föreslår därför kongressen besluta att anta denna arbetsordning inför centrala avtalsförhandlingar: Innan beslut om avtalets utformning & prioriteringar skall kongressombuden samlas för att utröna vilka prioriteringar som skall gälla för avtalsperioden. Kongressombudens uppgift är att föra en dialog med medlemmarna inför denna strategiträff. Det är därför av största vikt att förberedelsearbetet inför avtalsförhandlingarna planeras & kommuniceras med god framförhållning. Efter denna träff bör en regelbunden dialog hållas med kongressombuden under avtalsförhandlingarna hur dialogen med motparten utvecklas. Innan avtal tecknas skall kongressombuden samlas för att hålla en avtalskonferens.

Fakta/Bakgrund

På ordinarie kongress har Vårdförbundet beslutat om lönepolitiken, det vill säga den vilja och de krav som ska styra påverkan inom detta område. De centrala avtalen utgör en del i arbetet med den värderingsförändring som Vårdförbundet vill uppnå.

Eftersom förutsättningarna för förhandlingar om centrala förhandlingar varierar över tid så sker en planering inför varje tillfälle. I planeringen ingår att ta ställning till hur kommunikation ska ske internt och externt. I detta ingår också att planera hur kongressombuden ska vara delaktiga under processen.

Inför de förhandlingar som nu sker med Sveriges kommuner och landsting har det varit en längre process under hösten 2010 som har syftat till att kommunicera med medlemmar om vilken viljeinriktning som ska väljas utifrån de förutsättningar som gäller. Förbundsstyrelsen har haft ett samtal i Förbundsråd och i samband med nationella mötesplatser. Arbetet och medlemsdialogen har därefter organiserats i respektive avdelning och på så sätt även involverat de kongressombud som inte deltagit i de gemensamma mötena.

När det gäller nyligen genomförda förhandlingar inom några av de avtalsområden som ryms inom Vårdföretagarna har det prövats med att ha referensgrupper som har anknytning till arbetsplatser som berörs av dessa centrala avtal.

Det har inte genomförts gemensamma möten eller dialoger med de 190 kongressombud som finns.

När det gäller stadgarna så reglerar den bland annat;

Kongressen antar eller förkastar förbundets förslag till beslut om slutbud och arbetsmarknadskonflikt

Extra kongress kan sammanträda i samband med viktiga strategiska beslut i exempelvis avtalsfrågor.

Förbundsstyrelsens yttrande

Förslaget bygger på tanken att öka kongressombudens personliga möjlighet och ansvar för en medlemsdialog i samband med tecknandet av centrala löneavtal.

Förbundsstyrelsen menar att medlems möjlighet att vara delaktig när det gäller att prioritera krav inför tecknandet av avtal måste utvecklas. Till kongressen 2008 fanns det förslag på medlemsomröstningar som form för att öka delaktigheten.

Till kongressen 2011 finns det ett annat förslag som berör delaktighet kring centrala avtal och det är referensgrupp. När det gäller de centrala förhandlingarna med Sveriges Kommuner och Landsting fungerar Förbundsområdet som en form av referensgrupp för styrelsen. Ett ersätta

detta arbetssätt med att styrelsen ska ha hela kongressen med 190 ombud som referensgrupp kan riskera att försvåra dialogen.

Styrelsen bejakar att det behöver ske en omprövning av det sätt dialogen fungerar idag. Det kan behöva ske en förändring av den stadgereglering som finns för ställningstagande i avtalsfrågor.

Sannolikt kan det behöva göras olika bedömning av kommunikationsform vid olika tillfällen

Styrelsen föreslår att dessa olika former av delaktighet som nu finns avhandlas samtidigt under kongressen och hoppas att nya förslag ska kunna utvecklas.

En ytterligare aspekt är att dagens lönepolitiska inriktning bygger på en lokal lönebildning och att påverkansarbetet ska ske där lönebildningen uppstår, d v s i ofta i landsting och kommuner.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att genomföra ett projekt med syfte att öka medlemmars möjlighet till delaktighet inför och under förhandlingar om centrala kollektivavtal.

8. Medlemmar på kongressen (2008)

Motionär: Yvonne Falegren, Norrbotten

Att en "vanlig" medlem/distrikt blir inbjuden till kongressen som gäst för att sedan följa med styrelse ledamot och att berätta om den. X=hur går det till vad tar man upp, är det någon som tar upp vår motion? fanns det flera som lämnat likadan/liknande. Berätta om sina upplevelser för andra medlemmar, det finns många om inte de flesta som talar om facket som de och vi inte att vi alla är facket. Men OBS! det ska inte vara någon förtroendevald utan en helt vanlig medlem.

Hur ska det gå till? Kanske tävling, lottning, via intresseanmälan. Det skulle nog göra vårdförbundet med synligt och ge en VI känsla bland medlemmar, facket skulle komma närmare och inte bara vara något som man använder sig av i lönedebatten.

Återkoppling till kongressen 2011

Viljan att medlemmar ska kunna bli delaktiga i Vårdförbundets möten bejakas! Medlemmar har redan idag rätt att delta på kongressen och det är egentligen de fysiska begränsningarna som avgör hur många som kan samlas i gemensamt rum. En ambition är att så många medlemmar som möjligt ska kunna ta del av så mycket som möjligt av det som sker i våra gemensamma möten

Redan till kongressen i november 2008 utvecklades möjligheten för varje medlem som ville följa kongressen genom webben. Där fanns handlingar, filmer, intervjuer och möjlighet att följa mötet genom webbsändning. På detta sätt kunde många medlemmar nås.

Med detta är förslaget omhändertaget.

När det gäller möjlighet att aktivt inbjuda fler att delta fysiskt på kongressen möte så blir detta svårt utifrån möteslokal. Med ombud, styrelse och inbjudna gäster är det över 200 hundra deltagande. Utifrån förslagets ordalydelse föreslås att kongressen inte bifaller förslaget.

**Förbundsstyrelsens förslag till beslut
Att avslå förslaget.**

9. Medlemsalmanacka (2008)

Motionär: Annica Selin, Stockholm

Att komponera en Almanacka till våra medlemmar, varje månad eller vecka ska ha något att säga om våra avtal. t.ex. Visste du att?

Återkoppling till kongressen 2011

Att hitta metoder för att stärka samhörighet, samt tillhandahålla information och budskap bejakas! Goda idéer ska vi kunna ta hand om utan att behöva kongressbeslut.

Fördelen med en egen almanacka är att den kan innehålla information från Vårdförbundet. Almanackan skulle bland annat kunna tjäna syften som information, medlemserbjudande eller profilprodukt. Nackdelen är att många får almanackor från olika håll och risken är att den inte blir använd.

En förfrågan kring medlemserbjudan är gjord och det har nu producerats en rad nya profilprodukter som ligger i linje med Vårdförbundets idé.

På kongressen 1977 behandlades frågan om att ge ut en fickalmanacka till alla Vårdförbundets medlemmar. Beslutet blev då att inte trycka någon egen almanacka av ekonomiska skäl.

Idén om en almanacka finns fortfarande kvar som ett förslag och preliminärt planerar för en sådan för år 2012. Med bilder från den nya bildbank vi nu bygger, och utvalda politiska budskap.

Även om det ingår i planeringen att ta fram en almanacka så föreslås att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan överlåter bedömning och uppföljning till Förbundsstyrelsen.

**Förbundsstyrelsens förslag till beslut
Att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan uppdrar åt förbundsstyrelsen att förslaget beaktas i fortsatt planering.**

10. Medlemskort (2008)

Motionär: Anita Westerlund, Stockholm

Visar på en samhörighet, i nästan alla typer av föreningar finns medlemskort.

Vi olika typer av medlemsmöten och andra forum som är till för endast medlemmar är det lättare att kolla om du är medlem, genom att alla visar sitt medlemskort. Man kanske ska ha ett typ clips så kan man även ha det synligt på arbetet, visar samhörighet och vilka som inte stödjer Vårdförbundets arbete att höja löner, bättre arbetsvillkor, utbildning och forskning.

Idag är det ganska anonymt vilka som är och inte är medlemmar. Vi skulle synas tydligare och bli starkare, det leder till starka medlemmar som är stolta att vara medlem i Vårdförbundet.

Återkoppling till kongressen 2011

Goda idéer om metoder för att bli starka och stolta medlemmar ska vi kunna ta hand om utan att behöva kongressbeslut.

Det finns flera sätt att stärka samhörighet, information, budskap och därmed medlemsvärden.

Fördelen med rockmärken och banderoller i förhållande till medlemskort är att de förenar möjligheten att visa samhörighet samtidigt som det förmedlar ett budskap till omvärlden.

Det har nu startat en mer långsikt och uthållig opinionsbildning som benämns ”Fullt ut” och den kommer att innebära möjligheter till identifikationer på det sätt som förslagsställaren beskriver.

Att utarbeta, distribuera och uppdatera ett kort bedöms för närvarande inte som prioriterat. Med nya fakta och omständigheter kan situationen förändras och förslaget skulle i så fall kunna bli verklighet utan att det krävs att kongressen tar ställning till förslaget.

Det ingår för närvarande inte i planeringen att ta fram ett medlemskort och det föreslås att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan överlåter bedömning och uppföljning till Förbundsstyrelsen.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan uppdrar åt förbundsstyrelsen att förslaget beaktas i fortsatt planering.

11. Medlemsbibliotek (2011)

Motionär: avdelning Jönköping, genom Thomas Johansson, avdelning Jönköping. Vårdförbundets legitimerade yrken har ett ansvar att tillskansa sig ny kunskap och forskning för att kunna arbeta på ett evidensbaserat och patientsäkert sätt.

Idag kan det vara svårt att som enskild medlem få tag på den kunskapen i det dagliga arbetet, på grund av tidsbrist men också för att det är svårt att på ett enkelt sätt veta vad som är pålitlig forskning. Därför vill vi att kongressen beslutar att Vårdförbundet skapar ett bibliotek av artiklar och tidsskrifter som Vårdförbundets medlemmar kan söka kunskap ur. Motsvarighet finns idag i sökmotorn ”Nurse 2 Nurse” (www.nurse2nurse.ie) hos vårt irländska systerförbund INMO (Irish Nurses and Midwives Organisation).

Vi vill också föreslå en införandet av en ”bank” av förbättringsarbeten. Vi vet att det förekommer många goda förbättringsarbeten som behöver spridas på ett enkelt sätt. Alla behöver ju inte uppfinna hjulet ytterligare en gång.

Fakta/Bakgrund

Legitimerad yrkesutövare har ett ansvar att tillgodogöra sig ny kunskap inom det egna området. Vårdförbundets webbplats ger idag viss uppdaterad information och förmedlar källor som tillhandahåller ny kunskap. Denna funktion är under utveckling. Kunskapen är till stor del internationell och exempelvis ICN (International Council of Nurses) har bibliotek för kunskapsspridning bland kollegor. (<http://www.icn.ch/>) Det finns också ett nordiskt samarbete för vetenskapliga artiklar genom Vård i Norden; <http://www.artikel.nu/Public/Main.aspx>

Arbetsgivaren ska tillhandahålla god och säker vård vilket också innebär ett visst ansvar att möjliggöra tillgång till evidensbaserad kunskap utifrån verksamhetens behov. Exempelvis har många landsting idag tillgång till relevanta databaser för sin personal direkt via sina interna nätverk eller via bibliotek/sjukhusbibliotek.

Det finns nu en allmän tillgång till Cochrane-biblioteket, där man kan söka information om effekter och biverkningar av behandlingar eller förebyggande åtgärder. Biblioteket möjliggörs av ett fristående internationellt nätverk av läkare, forskare, patienter och andra intresserade som samlar in, kritiskt värderar, sammanfattar och förmedlar pålitlig information. Delar av biblioteket kan exempelvis nås via SBU:s hemsida och på följande länk: <http://www.thecochranelibrary.com/>

Att skapa nya och interna databaser/kunskapsbanker är ett avancerat projekt med tanke på det antal artiklar som dagligen/veckovis/månadsvis och årsvis publicerade. Till detta kommer de avhandlingar som avläggs varje år på varje enskilt universitet/högskola och som idag inte samordnar sina avhandlingar.

Förbättringskunskap är ett samlande begrepp för de olika teorier och vetenskaper som används för att lyckas med förändringar som ska leda till hållbara förbättringar, utveckling och innovation av verksamheter och arbetssätt. Förbättringsarbete är en del av förbättringskunskap. Förbättringsarbete i vården kräver professionella kunskaper och färdigheter men också kunskaper i förändringsarbete.

I Vårdförbundets vårdpolitiska idé ingår att leda paradigmskiftet mot en kunskapsstyrning. Förbättringskunskap är ett ämne som bör ingå i grundutbildningen av vårdens professioner. Det bör också erbjudas redan verksam personal. Vårdförbundet har i samarbete med Qulturum ett pågående ledarskapsutvecklingsprogram för chefer och ledare.

Förbundsstyrelsens yttrande

Vårdförbundet har ett uppdrag att stödja medlemmar i de behov som förslaget tar upp.

I Vårdförbundets vårdpolitiska idé ingår att leda paradigmskiftet mot en kunskapsstyrning. Förbättringskunskap är ett ämne som bör ingå i grundutbildningen av vårdens professioner. Det bör också erbjudas redan verksam personal. Vårdförbundet har i samarbete med Qulturum ett pågående ledarskapsutvecklingsprogram för chefer och ledare.

Vårdförbundet bör driva frågan om att nationellt skapa en sammanhållen databas där man utifrån flertalet parametrar kan söka på genomförda förbättringsarbeten inom olika verksamheter.

Det finns olika metoder för professionerna att idag tillskansa sig ny kunskap och forskning för att kunna arbeta på ett evidensbaserat och patientsäkert sätt. Vårdförbundets webbplats ska

fungera som ett stöd för medlemmarna att nå kunskap, men det är inte givet hur detta ska ske på bästa sätt. I vissa fall får Vårdförbundet utveckla egna metoder för att tillhandahålla program medan det i andra fall kan handla om ge hänvisningar till befintliga databaser. Att skapa en helt egen databas som är aktuell för alla fyra professionerna bedöms idag som ett allt för stort åtagande.

Även om det ingår i planeringen att möta dessa behov så föreslås att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan överlåter bedömning och uppföljning till Förbundsstyrelsen.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan uppdrar åt förbundsstyrelsen att förslaget beaktas i fortsatt planering.

12. Stoppa diskriminering av medlemmar i Vårdförbundet (2011)

Motionär: Tuula Kinnunen

Sjuksköterskornas arbetsliv är slut senast vid 50 års ålder pga åldersdiskriminering som är systematisk inom SKL och hos andra. Vårdförbundets skyddsombud och ombudsmän vidmakthåller diskrimineringen genom sin underlåtenhet gentemot medlemmar till förmån för lojalitet gentemot ledningen på alla nivåer.

Diskrimineringen är väl inarbetad som en strategi inom offentlig vård, tex inom psykiatri och kommunal äldreomsorg i Stockholm. Eftersom skyddsombud och ombud ställer sig jäviga gentemot de längst rankade medlemmarna är det viktigt;

att VF vid tvister inte ställa sig jävig (sjuksköterska mot chefssjuksköterska), vilket är idag praxis i Vårdförbundet

att istället för lönefrågor kämpa för frisk arbetsplatsdemokrati utan mobbning vilket idag är praxis med godkännande av Vårdförbundet. (Lönerna sätts individuellt därför behöver inte Vårdförbundet längre orda om löner.) Men arbetsmiljön uppfyller inte lagens kriterier.

att införa direkt demokrati inom Vårdförbundets organisation för att medlemmar utan chefspositioner också skulle få åtnjuta lika människovärde och jämställdhet

att Vårdförbundet börjar driva diskrimineringsfrågor så som DO inväntar. Idag avskriver Vårdförbundet anmälda diskrimineringar trots att DO påtalar Vårdförbundet att biträda sina medlemmar när diskriminering skett och sjuksköterskor 50 plus inte tilläts nå upp hållbart yrkesliv

att Vårdförbundet likt Unionen stoppar mobbningen av sina medlemmar först själv och därefter börjar skydda sina medlemmars rätt till arbetsro i god arbetsmiljö utan mobbning.

att Vårdförbundet skaffar sig kunskap genom att prata med sina förintade medlemmar som förtvinar bort utan arbetsrättsliga rättigheter enligt lagen

Jävet inom Vårdförbundet måste få slut. Det krävs anständighet vilket endast kan komma till uttryck genom juridiskt biträde till offren för arbetsrättsbrott inom vården och även inom byråkratin inom Vårdförbundet.

Fakta/Bakgrund

Enligt Vårdförbundets stadgar så är Vårdförbundet en organisation för fyra yrken vilket innebär att man kan vara medlem även om man har en anställning som chef. Kongressen 2008 avslog en motion som föreslog att en chefsbefattning skulle resultera i utträde ur förbundet.

Medlemmar har utifrån stadgarna samma rättigheter och skyldigheter.

Arbetsrättsliga tvister innebär att hävda en medlems rätt i anställningen. En sådan tvist hanterar inte en konflikt mellan två privatpersoner utan handlar om arbetsgivar-arbetstagarrelation. Bedömningen om Vårdförbundet ska företräda medlem i en arbetsrättslig tvist prövas utifrån faktiska händelser och om det finns en arbetsrättslig grund för tvisten. Vårdförbundet är i detta fall inte opartisk utan partisk för att hävda medlemmens intressen.

Mobbning är inte acceptabelt av flera skäl. För individen som är utsatt av självklara skäl. Det innebär dessutom problem för team och arbetsplats och innebär därmed en dålig vårdmiljö och ett hot mot patientsäkerheten. Mobbing är inte förenligt med de yrkesetiska koderna och inte heller med Vårdförbundets idé och vilja. När det gäller möjligheterna att utifrån lagstiftning agera mot mobbing så är möjligheterna begränsade. Det tydligaste regelverket har sin grund i Arbetsmiljölagstiftning. För att agera mot mobbing med stöd av diskrimineringslagstiftning krävs att det finns specifika händelser och speciella förutsättningar. Det är vanligt att mobbing inte kan drivas som arbetsrättsliga tvister utan måste då hanteras på annat sätt.

Ibland kan arbetsrättsliga tvister involvera flera medlemmar och situationer kan uppstå som innebär att det är viktigt att företräda var och en för sig. Detta är ingen jävssituation utan innebär att utifrån en likabehandlingsprincip ge ett korrekt stöd till flera medlemmar. En sådan situation behöver inte ha att göra med att en av de berörda är chef.

Vårdförbundet kan utifrån sitt uppdrag inte företräda en chefsmedlem som i sin arbetsgivarroll vill påkalla en tvist mot medlem som är arbetstagar. En sådan intressekonflikt är därmed omöjlig.

Vårdförbundet är en medlemsorganisation och inte en myndighet som exempelvis Diskrimineringsombudsmannen. Diskrimineringsombudsmannen bedömer och agerar i diskrimineringsärenden enbart om den fackliga organisationen väljer att agera. Vårdförbundet agerar idag i diskrimineringsärenden men detta sker inte alltid i form av rättstvister.

Enligt stadgarna har medlem rätt att delta i valet av förtroendevald på arbetsplatsen. Medlemmar kan ha olika syn på vem som ska ha förtroendet och också vara olika aktiva i valet. Det är därmed också medlemmar som avgör om förtroendet ska omprövas när det ska väljas på nytt. Den förtroendevalde har i sitt uppdrag alla de befogenheter som uppdraget som skyddsombud ger.

De kongressombud som har att ta ställning till motionen är medlemmar som i förtroende har blivit valda av medlemmar på årsmöten och representantskap till detta uppdrag. I detta ligger att ha kontakt med medlemmar för att kunna göra ställningstaganden på kongressen. Till kongressen ska ombuden därutöver få del av den kartläggning och den kunskap som finns kring hur medlemmar har det i yrkeslivet.

Förbundsstyrelsens yttrande

Förbundsstyrelsen instämmer i kravet att Vårdförbundet inte ska vara jävigt i tvister då medlemsintressen ställs mot varandra men föreslår att motionärens krav avslås då detta inte är praxis idag.

Förbundsstyrelsen avslår kravet att Vårdförbundet ska sluta att arbeta med lönefrågan och menar att detta kan ske parallellt med arbete för en ”frisk arbetsplatsdemokrati utan mobbning”.

Det finns redan idag en likabehandlingsprincip för Vårdförbundets medlemmar och därför föreslår att kravet ”att införa direkt demokrati inom Vårdförbundets organisation för att medlemmar utan chefspositioner också skulle få åtnjuta lika människovärde och jämställdhet” föreslås avslås

Vårdförbundet driver diskrimineringsfrågor utifrån medlemmars intresse och organisationens vilja och möjlighet och inte utifrån myndigheters eller andra intressenters önskemål. Styrelsen föreslår att motionärens krav avslås. Däremot uppmärksammar motionären att det säkert kan ske en förbättring när det gäller hur Vårdförbundet uppmärksammar de insatser som görs likasom att det måste finnas en bra dialog med de medlemmar som vänder sig till organisationen för att få stöd i diskrimineringsärenden.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att avslå motionen.

13. Billigt boende (2008)

1. Motionär: Susanne Sundvall, Norrbotten

Att Vårdförbundet skall kunna erbjuda sina medlemmar ute i landet ett billigt boende i tex Stockholm. Detta pga att vi i tex Norrbotten har lång väg att färdas för div. föreläsningar, de flesta kompetenshöjande utbildningar samt föreläsningar sker i Stockholm och för oss som bor långt upp i Norrbotten skulle det betyda en hel del om Vårdförbundet kunde förhandla fram ett billigt boende alternativ för sina medlemmar. Tidigare fanns en lägenhet med ett centralt läge att till en mycket billig summa få hyra. Detta är en medlemsförmån som vi i Nordbotten saknar, mina medlemmar (är facklig företrädare på Sunderby sjukhus i Luleå) påpekar att flera andra fackliga förbund kan erbjuda en sådan förmån till sina medlemmar.

2. Motionär: Helena Larsson, Norrbotten

Jag undrar varför ni tog bort chansen att hyra lägenhet i Stockholm? Det var ett bra erbjudande, men tyvärr fick jag ej tillfälle att nyttja det. Fick veta det för sent, det togs bort. Hoppas att ni erbjuder oss detta i framtiden!

Återkoppling till kongressen 2011

Att kunna erbjuda de medlemmar som är intresserade ett billigare boende vid besök i Stockholm är en möjlig medlemsförmån. Det handlar dock om ett mervärde utöver det som medlemskapet i Vårdförbundet primärt handlar om och förslaget får ställas mot andra idéer kring vilka medlemsförmåner som är mest intressanta för Vårdförbundets medlemmar.

Att äga fastighet och därefter administrera bokning och boende är en ”udda” verksamhet i förhållande till det Vårdförbundet normalt hanterar och det var också en grund för att denna verksamhet lades ner.

Inom ramen för kommunikationsstrategin så pågår också ett arbete kring medlems-erbjudanden/medlemsförmåner. Under perioden januari-mars 2011 har det funnits medlemserbjudande i form av billigare boende i fjällstugor.

Förslaget om billigare boende vid besök i Stockholm får beaktas i det arbetet. En nysatsning inom området ska preliminärt prövas med början hösten 2011. Under hösten 2010 har intresset för rabatterat boende i Sälen prövats.

Frågor som gäller medlemserbjudanden hanteras och utvecklas ständigt. Det blir en tungrodd hantering om det skulle behövas kongressbeslut för frågor som gäller medlemserbjudanden.

Även om det ingår i planeringen att fortsätta att pröva olika former av medlemsförmåner så föreslås att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan överlåter bedömning och uppföljning till Förbundsstyrelsen.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan uppdrar åt förbundsstyrelsen att förslaget beaktas i fortsatt planering.

14. Mervärde i medlemskapet (2011)

Motionär: Styrelsen, avdelning Jönköping

Medlemskapet i Vårdförbundet måste ge ett MERVÄRDE! Flera av de fackliga organisationerna i Sverige har olika saker som kommer medlemmarna till godo. Framförallt finns det inom olika förbund möjlighet att till en rimlig kostnad få hyra stugor i fjällen eller på olika sommarresmål. Som exempel kan nämnas Svenska Läkareförbundet som äger stugor och lägenheter både inom Sverige och utomlands, som medlemmarna kan få hyra till ett överkomligt pris. Detta erbjudande är mycket uppskattat.

De föreslagna stugorna och lägenheterna skulle kunna hyras av medlemmar för 2000-4000 kronor per vecka och den summan täcker med säkerhet kostnader för förvaltning och drift av stugorna. Inköpskostnaden i sig täcks ju av Vårdförbundets samlade kapital som ändå måste placeras. De tider på året då inte stugorna är uthyrda skulle Vårdförbundet kunna använda stugorna och lägenheterna i samband med olika konferenser och kurser. Systemet för uthyrning skulle fungera så att medlemmarna lämnar in en intresseanmälan om att få hyra stugan/lägenheten under året innan. Uthyrning sker sedan utifrån uppgjorda kriterier och om medlemmen redan fått hyra stuga ett år så är det sen inte självklart att redan året därpå få hyra stuga igen. Istället blir det någon annan medlem som får chansen, allt styrs av ”efterfrågetrycket”.

Vårdförbundet är ett förbund med god ekonomi. Så sent som 2010 framkom det att man hade gjort en vinst på dryga 20 miljoner kronor som man ville låta medlemmarna få del av. Olika förslag fanns, allt ifrån att alla medlemmar skulle få en profilryggsäck till att de skulle få en avgiftsfri månads medlemskap.

En investering som den som beskrivits ovan är inte förgänglig på samma sätt som avgiftsfri månad eller en profilprodukt är. Pengarna finns kvar i organisationen och kan användas vid sämre tider. En investering på 20-25 miljoner, vilket motsvarar Vårdförbundets kostnad för en avgiftsfri månad, skulle uppskattningsvis täcka kostnaden för 10-talet stugor eller ett par större hus med vardera 8-10 lägenheter. Förslag på lokalisering för dessa fastigheter är Vemdalen, Sälen, Öland eller Skåne.

Vårdförbundet har till vintersäsongen 2010 - 2011 presenterat ett erbjudande där medlemmarna kan få hyra mindre stugor i Sälen till rabatterat pris (15 %). Samma rabatt kan fås genom olika former av ”butiksklubbar”. Detta är ett första steg men ändå inte ett sätt för Vårdförbundet att investera sitt eget kapital och samtidigt ge medlemmarna ett Mervärde! Vi vill att kongressen beslutar att Vårdförbundet investerar delar av sitt överskott i olika fastigheter såsom fjällstugor och sommarhus i attraktiva områden för att på så sätt ge alla medlemmar ett Mervärde!

Styrelsen avdelning Jönköping.

Fakta/Bakgrund

Frågan om billigt boende som ett medlemserbjudande fanns med även i idé/förslag/motion från kongressen 2008. Med kongresshandlingarna kommer den uppföljning som förbundsstyrelsen lämnar till alla de förslag som funnits med i Tema Vårdförbundet. Vårdförbundets ekonomi är idag god. För en idéburen medlemsorganisation som Vårdförbundet är det inte önskvärt med ekonomiskt överskott. Ambitionen är att i första hand utveckla verksamheten så att den svarar mot de krav och förväntningar som ställs utifrån idé och uppdrag. I budgeten för 2011 finns det även med en satsning på medlemserbjudanden men det finns ingen planering för kapitalplacering i fastigheter på det sätt som motionen föreslår.

Förbundsstyrelsens yttrande

Ambitionen är att i första hand utveckla verksamheten så att den svarar mot de krav och förväntningar som ställs utifrån idé och uppdrag. Förbundsstyrelsen anser inte att Vårdförbundet ska binda upp resurser i denna fråga även om den ger ett mervärde. En stuga når endast ett fåtal av medlemmarna per år som mervärde.

Frågor som gäller medlemserbjudanden hanteras och utvecklas ständigt. Det blir en tungrodd hantering om det skulle behövas kongressbeslut för frågor som gäller medlemserbjudanden. Även om det ingår i planeringen att fortsätta att pröva olika former av medlemsförmåner så föreslås att kongressen inte beslutar i frågan utan överlåter bedömning och uppföljning till Förbundsstyrelsen.

Motionens innefattar ett konkret förslag på att Vårdförbundet ska investera delar av överskott i fastigheter och i denna del föreslås att kongressen gör ett ställningstagande

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan uppdrar åt förbundsstyrelsen att förslaget beaktas i fortsatt planering.

Att avslå förslaget att Vårdförbundet ska använda överskott för att investera i fastigheter.

15. Alkohol inom verksamheten (2011)

Motionär: John-Erik Sjöberg, avdelning Västmanland

Vårdförbundet är inte bara en facklig organisation som handlar om lön, utbildning och arbetsvillkor. Vårdförbundet är också en lobbyist för vården i Sverige och folkhälsan i vårt samhälle, vilket innebär att vi arbetar bland annat för folkhälsa. Detta inkluderar vad vi kommer fram till alkoholens roll i folkhälsan och vården. Sökordet "Alkohol" ger 246 träffar (2010-12-06) och de senare artiklarna handlar om att sjuksköterskor bör prata om alkohol i preventivt syfte mot bättre hälsa, hur alkohol påverkar vården, vad det innebär med gårdsförsäljning av alkohol osv.

Vi är då också ett ansikte som jobbar för bättre hälsa i Sverige. Vad vi redan vet är alkohol ett stort samhällsproblem som kostar mer pengar än vad som återfås från alkoholskatten. Vi vet att den stora kostnaden hamnar på landstingen i form av personaluppmärksamhet, sjukhussängar, övernattningar, psykiatriska behandlingar och efterbehandlingar som relaterar till alkohol i form av beroende, missbruk, våld osv. Det är inget nytt att något som After Work är en trend som leder till ett riskbruk av alkohol i många fall. Något som väckte mig extra mycket var att avdelning Västmanland bjöd på ett glas till medlemmar som anmälde sig till en After Work-träff och deltog. Vårdförbundet bör ha en god image att avstå alkohol från sin verksamhet och absolut inte bjuda medlemmarna på detta.

Jag yrkar på:

att införa noll tolerans till drickande av alkoholhaltiga drycker över volymprocenten 2,25% på Vårdförbundets verksamheter i stadgarna som gäller alla avdelningar.

att införa noll tolerans till köp av alkoholhaltiga drycker över volymprocenten 2,25% av Vårdförbundets pengar i stadgarna.

Fakta/Bakgrund

Det finns idag inget generellt beslut eller några gemensamma riktlinjer när det gäller alkohol i samband med möten som Vårdförbundet arrangerar. Under 1980-talet fanns det en diskussion inom organisationen men denna utmynnade i att avdelningarna och förbundsstyrelsen själva fick avgöra frågan. Till kongressen 1986 och 1989 fanns det motioner som handlade om pröva alkoholransonering i ett samhällsperspektiv.

Även om det inte finns någon riktlinje inom Vårdförbundet så finns det en etablerad policy som innebär att det aldrig erbjuds spritdrycker. Däremot så har det vid vissa tillfällen setts som naturligt att det erbjuds öl och vin vid vissa middagar. Så skedde exempelvis vid avslutningsmiddagarna i samband med de medlemsdagar som ägde rum i samband med Vårdtåget under våren 2010. Ett ställningstagande kan handla om en eller flera aspekter:

Nolltolerans som avser att Vårdförbundets pengar inte får användas vid inköp av alkohol

Nolltolerans som avser att alkohol inte får användas, oavsett hur och av vem som finansiering sker, vid möten som arrangeras av Vårdförbundet

Nolltolerans avser generell policy som ska gälla för hela Vårdförbundet eller ska frågan även fortsättningsvis kunna avgöras lokalt

Nolltolerans avser alla möten som Vårdförbundet arrangerar, såväl för medlemmar som vid representation med inbjudna gäster.

Förbundsstyrelsens yttrande

Motionären visar på ett tydligt sätt den roll som Vårdförbundet har och kan ha när det gäller folkhälsan i förhållande till alkohol.

Genom att motionen har väckts så har det också påbörjats ett samtal bland kongressombud och medlemmar.

Förbundsstyrelsen ser det inte dag som något generellt problem när det gäller det sätt som alkohol idag förekommer i samband med våra möten. I en del av de sammanhang som Vårdförbundet arrangerar så får det ses som en del av etablerad kultur i hela samhället att det också kan erbjudas exempelvis öl eller vin till maten. Att införa en nolltolerans kan i en del sammanhang ses som något negativt för de som inbjudits.

Vårdförbundets stadgar innehåller inte idag den typ av detaljreglering som motionen föreslår

Förbundsstyrelsen föreslår en fortsatt praxis med en restriktiv hållning när det gäller alkohol vid Vårdförbundets möten. Det som kan behövas är att denna praxis också formuleras i en för hela organisationen gemensam policy.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att utarbeta en policy för alkohol i samband med Vårdförbundets möten.

Att avslå motionen.

14.2.1 Tema Vårdförbundet - Arbetsgruppens rapport – Mitt medlemskap i Vårdförbundet

Den här arbetsgruppen, med såväl förtroendevalda som medlemmar utan förtroendeuppdrag, har fått i uppgift att arbeta med frågor om medlemskapets innehåll, om kraven som medlemmarna ställer på organisationen - och kraven som organisationen ställer på medlemmarna. Vem får vara medlem? Hur hanterar vi de olikheter som finns mellan olika medlemsgrupper? När Vårdförbundet omprövar sin organisation och sina arbetsformer är det med medlemmarnas glasögon som denna förnyelse måste ske.

En utgångspunkt för våra diskussioner har varit att det inte som tidigare är anställningen som är grunden för medlemskapet, utan våra professioner. I centrum står idag frågor om kvaliteten i vården, arbetets innehåll och hur professionerna värderas och utvecklas.

”Vision 2018 för hälsa och helhet”, som kongressen antog, slår fast att Vårdförbundet vill vara den kollegiala mötesplatsen och självklara organisationen för samtliga inom våra fyra professioner. I dessa ingår den stora gruppen vanliga anställda, men även chefer, studerande, forskare, egenföretagare och företagare med anställda.

Medlemskapet innebär inte samma sak för alla. Behoven skiljer sig också beroende på om man arbetar på små och stora arbetsplatser, eller på arbetsplatser i exempelvis glesbygder och storstadsområden. Det finns även stora skillnader mellan oss som individer, när det gäller vad vi förväntar oss av medlemskapet.

Men det finns enligt vår mening en gemensam kärna i det som vi medlemmar har rätt att få ut av vårt medlemskap, oavsett alla skillnader mellan oss. Vi vill lyfta fram följande områden:

- Som medlem stärker jag min professionsidentitet
- Som medlem får jag stöd för mina villkor och förutsättningar i mitt arbete
- Som medlem är jag med och påverkar vården och hur professionerna värderas
- Som medlem deltar jag i förbundets beslutsprocess

Medlemskapets innehåll

På de följande sidorna beskriver vi medlemskapets innehåll, så som vi vill att det ska vara.

Därefter följer en summering av våra diskussioner om utmaningar och dilemman – och möjligheter och förbättringsområden. Vi har brutit olika perspektiv och synsätt mot varandra. Vi presenterar en hel del olika idéer och tankar - och vi kommer med några förslag, som vi har enats om.

Som medlem stärker jag min professionsidentitet

Som medlem utvecklar jag min professionsidentitet!

Jag tillhör en av de fyra professioner som formar Vårdförbundet. Alla våra professioner har sina värderingar och särdrag. Men det är mer som förenar än som skiljer. Som medlemmar i Vårdförbundet har vi alla en gemensam grund i våra utbildningar och i vårt yrkesarbete. Vi behöver värna och utveckla våra professioner och det gör vi bättre tillsammans. Jag får genom mitt medlemskap en del i en professionsgemenskap, som ger mig en större kraft i min egen utveckling i arbetet. Den kraften har jag också glädje av när jag är med om att påverka det som sker i stort, tillsammans med alla andra!

Som medlem får jag stöd för mina villkor och förutsättningar i mitt arbete

För att få bra villkor och trygghet i mitt arbete, har jag glädje av solidariteten mellan professionskollegor och stödet av organisationen!

Stödet finns inom fyra huvudområden:

1. Mina förutsättningar för att kunna utöva min profession. Jag får tillgång till kunskaper som jag behöver. Vårdförbundet arbetar för att förbättra förutsättningar för att mer användbar vårdforskning kommer till stånd och att resultaten blir tillgängliga för de verksamma inom professionerna.

Jag får möjlighet att dela med mig av mina erfarenheter och kunskaper och får kunskapsverktyg för att påverka mina arbetsförhållanden. Genom att vara med och utveckla min professions kunskapsområde, är jag med och förbättrar vården.

2. Mina möjligheter att utveckla mig inom min profession. Jag får karriärrådgivning och annat stöd när jag vill byta anställning och inriktning på arbetet, eller starta eget.

3. Min lön och mina anställningsvillkor. Om jag är anställd får jag underlag för att själv kunna påverka min lön och andra villkor. Även om kollektivavtalen som förbundet sluter centralt inte innehåller garantier för höjd lön för alla, innebär de ett stöd i min egen löneförhandling.

4. Mina rättigheter och skyldigheter i yrkeslivet. Jag kan behöva stöd för att ta tillvara mina rättigheter inom allt från uppsägnings- och arbetstidsfrågor, till studieledighet,

arbets-skador, rehabilitering, och förebyggande arbete inom vård- och arbetsmiljön. Det gäller också frågor i samband med anmälningar till HSAN. Stödet kan handla om att jag får information eller att jag får svar på frågor och någon att bolla idéer med. En del gånger behöver jag ett mer aktivt stöd av någon som representerar mig.

Som medlem är jag med och påverkar vården och hur professionerna värderas

Genom att vara medlem tar jag del, direkt och indirekt, i förbundets arbete med att påverka vad som händer på flera nivåer: avgöranden på den lokala arbetsplatsen, nationella vårdpolitiska beslut, den internationella utvecklingen inom vården och våra fyra yrken. Jag och alla andra medlemmar är länkar i den kedja som förbundet utgör, i arbetet med att bilda opinion i olika frågor. Tillsammans blir vi en betydande påverkansorganisation, i frågor som exempelvis att våra utbildningar ska ha högsta kvalitet, vara attraktiva och ge tillträde till forskning – och att våra professioner ska värderas högre.

Jag påverkar vad som sker när jag deltar i diskussioner vid fikabordet på jobbet om sådana frågor, och om mer näraliggande arbetsfrågor. Detsamma gäller när jag på fritiden deltar i samtal med vänner, grannar och släktingar om vården, om våra professioners insatser och om hur dessa blir värderade. Även när jag avstår från att vara med, så har det sin betydelse för vår gemensamma förmåga att påverka.

Som medlem deltar jag i förbundets beslutsprocess

Jag vill att min organisation ska vara öppen och genomskinlig för mig som medlem! Jag vill att organisationens ledare på alla nivåer berättar om sitt arbete på ett sådant sätt, att vi medlemmar förstår beslutsgången och hur alternativen ser ut i olika frågor.

Organisationens ledare ska uppmuntra mig som enskild medlem till att vara delaktig i beslutsprocessen. För att jag ska kunna vara det, måste det vara lätt för mig att få kontakt med mina representanter.

Som medlem kan jag lämna förslag, inte bara i form av en motion till ett årsmöte. Jag får veta vad som händer med dessa förslag.

I vissa frågor kan jag delta i medlemsmöten och fatta vissa beslut. Men oftast låter jag valda representanter representera mig, enligt den representativa demokratins principer. I det flesta fall är inte det viktigaste för mig att jag själv är med när beslutsklubban faller. Det är viktigare att jag kan få ett ord med i laget när beslutet växer fram och formas. Därför är det avgörande att ledarskapet i organisationen kännetecknas av en vilja till dialog.

Ledarskapet måste präglas av en uppriktig strävan att ge medlemmarna verkliga möjligheter att delta i beslutsprocessens alla skeden!

Möjligheter och förbättringsområden – och några utmaningar och dilemman

I gruppens diskussioner och i en enkät som genomfördes i anslutning till gruppens arbete har vi stött på såväl utmaningar och dilemman, som möjligheter och förbättringsområden inom medlemskapets olika delar.

En del av de tankar och idéer som kommit fram redovisar vi här, i tre huvudavsnitt:

- Kollegialt stöd i många former

- Ledarskap för medlemmarnas delaktighet
- Våra krav på varandra

Kollegialt stöd i många former

För att stärka professionsidentiteten och professionsgemenskapen betyder Vårdförbundets skrifter och tidskrifter mycket. Sammanhållningen tar sig också materiella former, genom medlemsstipendier, medlemsförmåner och symboler som synliggör medlemskapet. Ett kollegialt stöd inom den egna professionen, och mellan professionerna, kan ske i många olika former. Ett nav i den kollegiala mötesplatsen är Vårdförbundets nätplats. Men det är också viktigt med olika former av traditionella medlemsmöten.

De medlemmar som idag ofta har svårast att få det stöd de behöver tror vi finns bland chefer, privatanställda och egenföretagare. Det är medlemmar som finns inom alla fyra professioner. Det är inte så att ingenting har gjorts, men här går mycket att förbättra och utveckla!

Vårdförbundet vill ju vara en organisation som styrs av medlemmarna och där medlemmen möter organisationen i form av förtroendevalda. Men kåren av förtroendevalda har hittills varit mindre utbyggd bland chefer, privatanställda och egenföretagare. Det gäller också medlemmar som studerar och forskar.

Idag är det offentliganställda som har lättast att få stöd, eftersom det är i offentlig sektor som organisationen har funnits längst. Där finns ofta många medlemmar på stora arbetsplatser och därför finns det ett utbyggt nät av valda representanter nära medlemmen. Men vi ser att det även bland de offentliganställda finns skillnader i hur stödet till medlemmen fungerar. Det finns medlemmar som är ensamma eller få i sina professioner på arbetsplatser inom stat och kommun.

Även inom landstingen kan det finnas specialiserade mindre enheter, där valda representanter och ibland även arbetsgivarens beslutsfattare befinner sig långt från den enskilde medlemmen. Men medlemmarna måste oavsett var de befinner sig få uppbackning och stöd, när de behöver det.

I arbetsgruppen tror vi inte att vi ska ha olika typer av medlemskap, med olika skyldigheter och rättigheter, för studerande, forskare, pensionärer, egenföretagare och andra företagare, chefer, privatanställda och offentliganställda. Vi vill inte ha skillnader när det gäller valbarhet och rösträtt mellan exempelvis yrkesaktiva och icke-yrkesaktiva. Däremot tror vi alltså att det går att göra mycket mer för att möta de särskilda behov som olika medlemmar har!

Bland flera av de kategorier som finns tvärs över alla professioner, kan man tala om en dubbel identitet: både professionsidentiteten och den identitet som man kan känna som exempelvis chef. Ledarskapsfrågor är något som förvisso direkt angår flertalet medlemmar i Vårdförbundet. Men för cheferna är frågorna kring att leda människor och verksamheter något som helt och hållet präglar deras arbete. Det kan därför vara mycket värdefullt för dem att möta chefer inom de andra professionerna, och i olika typer av verksamheter, för erfarenhetsutbyte och ömsesidigt lärande. Intresset för sådana möten och diskussioner är stort och växande idag.

För några år sedan fanns tankar om någon typ av förening för chefer inom ramen för Vårdförbundet. Då kom man fram till att inte satsa på det. Men kanske är det dags att åter titta på den frågan och samtidigt diskutera andra alternativ, för att tillgodose de behov som många

chefer uppenbarligen upplever idag? På liknande sätt bör man titta på andra ”tvärgrupper”, som företagare och forskare.

Samverkan och stödmedlemskap

En fråga som har med kollegialt stöd inom och mellan professionerna att göra, handlar om hur vi som medlemmar i Vårdförbundet ser på samverkan med de fyra föreningar som arbetar med våra professioners kunskapsområden.

De som idag kommer in i våra yrken har kanske inte alltid så lätt att greppa hur de olika organisationerna hänger ihop. Många känner inte till att det var de fyra yrkesföreningarna i mitten av 1960-talet bildade det som idag är Vårdförbundet, som en förhandlingsorganisation. Många unga vet inte heller att det under nära 35 år fanns dubbelt medlemskap, så att man var medlem både i Vårdförbundet och en av de fyra föreningarna. Nu har det gått cirka tio år sen de fem organisationerna enades om att det bästa för alla var att bryta upp från det mycket nära partnerskapet, för att istället hitta nya former för samarbete. Det kan vara dags att se över hur det har gått. Behöver vi kanske göra något för att göra det tydligare vad de olika organisationerna har för uppgifter? Hur kan vi samarbeta på bästa sätt kring våra gemensamma intressen?

I gruppen har vi också diskuterat idén om någon form av stödmedlemskap, för personer som sympatiserar med Vårdförbundets arbete men inte själva arbetar inom våra fyra professioner. Vi har inte kommit fram till något konkret förslag om hur man skulle lägga upp ett sådant medlemskap. Stödmedlemmar skulle, till skillnad från vanliga medlemmar, varken ha skyldigheter eller rättigheter.

Ledarskap för medlemmarnas delaktighet

Vi har diskuterat en hel del om ledarskapet i organisationen, i synnerhet de lokala representanterna. Fungerar inte dessa på ett bra sätt, blir det också mycket svårare för den enskilde medlemmen att utöva något inflytande inom organisationen och att få det stöd hon behöver. För nya medlemmar kan det första personliga mötet med organisationens representanter ofta vara avgörande för intrycket av organisationen, och för viljan att engagera sig.

På många håll tycks det bli allt svårare att få tillräckligt många som kan tänka sig att åta sig uppdragen på det sätt som det fungerar idag. Ibland blir medlemmar övertalade att ta ett uppdrag utan att de är tillräckligt intresserade, insatta och motiverade. I värsta fall kan en ointresserad och okunnig förtroendevald bli en stoppkloss istället för en stöttepelare för medlemmens inflytande. De som blir lokala representanter måste verkligen vilja och kunna vara det – och de måste få stöttning av Vårdförbundet så de känner trygghet och engagemang! Ingen borde kunna få bli vald utan att veta vad man ger sig in på. Det skulle vara ett krav att man läser en ”befattningsbeskrivning” innan man blir vald. I gruppen har vi talat om att det kanske är bättre att en plats får stå tom en tid, hellre än att övertala någon som inte trivs i rollen och inte utvecklas. Står platsen tom blir problemet tydligt.

Vi behöver också förbättra förutsättningarna för medlemmarna att ta uppdrag genom goda möjligheter att arbeta på betald arbetstid, på alla typer av arbetsplatser, inte bara stora arbetsplatser inom landstingen och regionerna.

Man kan ha olika tankar och idéer om hur befattningen som lokal ledare ska se ut och hur det lokala arbetet ska organiseras. Det finns förstås ingen standardlösning, eftersom

förutsättningarna ser så olika ut. Men i gruppen är vi eniga om vad som kännetecknar den typ av ledarskap som vi behöver.

Ett nyckelord är dialog – en strävan efter en dialog och en förmåga att åstadkomma dialog.

Ett annat kännetecken är en vilja att fungera som en medpart i förhållande till medlemmarna, i ett positivt förbättringsarbete på arbetsplatserna. Det gäller att inte begränsa sig till att vara en motpart i förhållande till arbetsgivarna, inriktade på att motsätta sig förväntade försämringar och bistå enskilda medlemmar som råkar illa ut. Det är en viktig och oundviklig del att ställa upp för medlemmar som kommer i kläm, men arbetet får inte bara vara detta.

Vi medlemmar och våra representanter måste bli tydligare när det gäller våra egna idéer och vad vi vill – så att vi kan agera, istället för att bara reagera. Det gör vi bland annat genom att skapa fler möjligheter till samtal inom organisationen och få med fler i diskussioner på ett tidigt stadium.

Ett viktigt kännetecken för ett önskvärt ledarskap är en insikt om att det gäller att använda sig av de slumrande resurser som finns i många medlemmars intresse och engagemang. En ledare kan inte göra allt ensam och uppdraget blir mindre tungt om man involverar fler!

Gör uppdragen mindre pressade – och mer roliga

Vi menar att det är viktigt att tänka nytt och fritt om hur vi kan ”vända upp och ner” på organisationens arbete närmast medlemmen, utifrån vad som bör känneteckna det lokala ledarskapet i organisationen. Vi måste här våga pröva nya tankar och idéer, både i teorin och i praktiken!

Vi tror att en nyckel till det bristande och minskande intresset för att bli lokal representant handlar om ensamheten i uppdraget. Det är lätt att känna sig isolerad och pressad på sin post. De lokala representanterna kan känna sig som gisslan. Det händer att de motarbetas av arbetsgivaren och till och med får lägre lön.

Hur kan man göra uppdraget mindre utsatt? I många fall kanske det kunde vara lättare att få medlemmar att ta på sig uppdraget, om två (eller tre) kunde få dela på det, eventuellt i olika typer av uppdrag.

Det måste också bli roligare, lustfyllt att var representant! Det ska inte bara handla om att svara på arbetsgivarens propåer, utan också om att jobba med positiva frågor för medlemmarna, i stort och smått. Man behöver få vara både ”inspiratörer”, förmedlare av nya idéer och tankar samt ”förhandlare”.

För att förbättra förutsättningarna för medlemmens inflytande, finns mycket att göra för att vidareutveckla och förbättra hur vi inom organisationen informerar, hur man utbildar medlemmar och för en dialog mellan medlemmar och representanter. Det går också att förändra utbildningen av förbundets förtroendevalda och anställda, med inriktning på att lyfta fram frågor om medlemsinflytandet.

Eldsjälar, perspektivbrytningar och idéateranvändning

Organisationen måste öppna sig för att bättre kunna ta tillvara eldsjälares engagemang i enskilda frågor, genom att skapa tillfälliga uppdrag och projektarbeten. I gruppen anser vi att det därför är en stor utmaning att utveckla många olika och nya former, för att bredda

medlemmarnas direkta medverkan i arbetet med att påverka och bilda opinion. Fler behöver vara aktiva för att vi ska nå de resultat vi vill nå!

Vi i arbetsgruppen tror att det finns en dynamik i att vi har fyra professioner som speglar sig i varandra. Och vi tror att det går att göra detta mer systematiskt. Perspektivbrytningar mellan olika typer av arbetsplatser och professioner kan betyda mycket för att underlätta uppdraget för de lokala representanterna, minska hemmablindheten och frigöra kreativiteten när det gäller att hitta egna positiva förslag och problemlösningar. Man blir klokare av att mötas över gränser, det ser vi själva i den här arbetsgruppen! Det gäller också att återanvända idéer och lösningar från andra håll.

Där det är praktiskt genomförbart kan man pröva att låta representanter från olika näraliggande arbetsplatser bilda en gemensam grupp, ett team, med intresserade medlemmar. Det finns många olika former för att underlätta kontakterna mellan medlemmar och representanter. Diskussionsforum på nätet kan vara ett sätt.

Hur man hanterar förslag

Någon har sagt: ”Även om bara tio procent utnyttjar demokratin, så måste den fungera till hundra procent - för om den inte fungerar, blir den ett omedelbart hot mot hela organisationen.”

I gruppen anser vi att en viktig fråga när det gäller medlemskapet och den interna demokratin handlar om medlemmens rätt att få komma med idéer och förslag – och att någon tar hand om dem och ger besked om vad som händer med dessa. Det gäller lokalt men även nationellt. Vi vill särskilt lyfta fram betydelsen av att man inte glömmet att komma tillbaka till medlemmen med ordentliga svar på frågan: ”Vad blev det av förslaget?” Har resultatet blivit ett annat än det medlemmen tänkt sig – och så kan det ju vara ibland – gäller det att förklara varför och hur man har arbetat med frågan. Missar man detta, kan det leda till att medlemmen som kommit med en idé tappar tilltron till att det är meningsfullt att bry sig och göra något.

Visst kan rådgivande medlemsomröstningar och opinionsundersökningar i vissa fall vara ett sätt att öka medlemmens direkta inflytande i viktiga vägvalsfrågor. De kan ibland komplettera andra åtgärder. Men viktigast är att medlemmarna får verkliga möjligheter att vara med i de diskussioner som föregår klubbslagen i den vanliga beslutsgången.

Ett särskilt dilemma handlar om medlemmarna har rätt att ”gena förbi” sina lokala representanter. Detta har blivit allt vanligare. Frågan är om detta hamnar i motsättning till att stärka de lokala representanterna? Eller är det en demokratifråga att medlemmen har rätt att föra sin fråga vidare, oavsett hur den lokala representanten ställer sig?

Rätt nivå för att påverka

Vi är medlemmar i Vårdförbundet för att påverka och därför måste vi anpassa organisationen för att kunna påverka på bästa sätt. Ett dilemma är att vi ibland har decentraliserat vår egen organisation mer än motparten har gjort. Det medför att arbetsgivaren fattar sina beslut på en högre nivå än där våra representanter befinner sig. Detta kan bli förödande för representanter som försöker påverka på en nivå där allt redan är bestämt. Bland medlemmarna växer det i värsta fall fram en bild av att det inte lönar sig att försöka påverka lokalt inom organisationen, eftersom den ändå inte tycks kunna påverka någonting lokalt på arbetsplatsen.

Våra förväntningar och krav på varandra

Ibland kan det uppstå intressekrockar. Det kan krocka mellan individens behov och behoven hos alla andra på arbetsplatsen, eller mellan de anställdas behov och vårdtagarnas behov. En vanlig och tydlig fråga handlar om arbetstiderna, där intressena kan variera mycket. Ska man ta rast som det är sagt, eller ska man hoppa över för att kunna gå hem tidigare? Vad innebär det för andra anställda som känner att de behöver den återhämtning en rast ger? Och vad innebär det för kvaliteten i vården om personalen bara kör på utan att ta rast?

Som medlemmar har vi i grunden positiva förväntningar på varandra, både när det gäller att vilja varandra väl, och när det gäller att vilja ge vårdtagarna bästa möjliga vård och omsorg. Men det kan ibland krävas av oss att vi inte väjer undan för svåra samtal, vid de tillfällen när intressena krockar. För vår sammanhållning och styrka i våra professioner, och för kvaliteten i vården och omsorgen, gäller det att vi kan, vill och vågar tydliggöra och reda ut intressekrockarna. Men det krävs också att vi kan samtala på bra sätt, utan att det blir ett enkelt ”rätt” eller ”fel”, utifrån några dogmer som inte får ifrågasättas.

Det här kan man vidga till större frågor:

Vad kan vi medlemmar förvänta oss av varandra?

Vad ställer vi för krav på varandra?

Dessa frågor handlar om vad vår professionsetik, uttryckta i våra yrkesetiska koder och riktlinjer, innebär i praktiken. Vad får de för konsekvenser i arbetsvardagen, för kvaliteten i vården, för våra professioners anseende och för vår arbetsmiljö och tryggheten i jobbet? Vi kommer också in på förväntningarna och kraven på oss som medlemmar som vi har ställt upp i organisationens stadgar, utifrån våra grundläggande värderingar.

Den som uppenbarligen kränker Vårdförbundets stadgar eller motverkar dess syften kan uteslutas, men detta är något som ytterligt sällan förekommer - och så ska det vara! Däremot kan det möjligen ibland vara pedagogiskt att påminna om att detta faktiskt är ett alternativ. Det är ingen självklar rättighet att under alla omständigheter få tillhöra vår organisation.

Det är helt avgörande att vi håller diskussionen om våra etiska krav och förväntningar på varandra levande och även tar upp frågorna när det berör en arbetskamrat. I vår diskussion konkretiserade vi våra resonemang utifrån tre exempel från verkligheten, där vi ställde frågorna om hur man hanterar etiken i praktiken:

- Hur gör vi om en kollega får anmärkning efter anmärkning på sig enligt Lex Maria, och som medlemmar tycker att det är olustigt att jobba ihop med för att man inte vet om man kan lita på att saker blir rätt gjorda?
- Hur gör vi om en chef svartmålar såväl sjuksköterskorna som yrkesgrupp som förbundet – och ändå är kvar som medlem?
- Hur gör vi om en medlem sköter sitt jobb men misshandlar sin sambo?

I alla tre fallen kan man argumentera för att medlemmen skadar kårens och organisationens anseende och motverkar förbundets syften, så att detta skulle kunna motivera en uteslutning. Man kan hänvisa till såväl solidariteten som professionskraven.

I fallet med den Lex-Maria-prickade kan man hävda att det är ett arbetsgivaransvar att se till att anställda uppfyller sina arbetsuppgifter. Medlemmarna bör ta upp problem de ser med

chefen, om det är fara för arbetsmiljön och för en säker vård. Det gäller att våga säga ifrån om problem som finns, det är en del i en starkare profession.

Om det finns någon form av personligt problem som döljer sig bakom misstagen, kan medlemmen behöva kollegialt stöd. Organisationens representanter – och arbetskamrater – måste försöka visa på lösningsmöjligheter för individen.

I fallet med den svartmålande chefen gäller det i första hand att chefens underställda gemensamt fattar mod och tar ett ansvar för att tillsammans säga att man inte accepterar att chefen agerar så oprofessionellt och osolidariskt - och att man i längden inte kan acceptera ett sådant agerande från en medlem i förbundet. Chefen bryter ju också med spelregler när det gäller samverkan och respekt för organisationer. Till stöd för en sådan diskussion bör det finnas tydliga etiska koder och riktlinjer för chefer, något som alltför ofta saknas idag. Det blir i praktiken mycket svårt för en chef att stå emot ett samlat tryck från medarbetarna. Det innebär inte att det är lätt att få till stånd ett sådant samlat agerande nerifrån och upp. Men det är en möjlig väg att gå.

Ett argument mot uteslutning i det här fallet är att man förmodligen inte löser konflikten därmed. Och det kan vara lättare komma till tals med besvärliga chefer när de är kvar inom förbundet.

I fallet med medlemmen som begått ett brott, i det här fallet misshandel av sambo, kan man hävda att ett brott begånget på fritiden skall rättsväsendet hantera, inte de organisationer som personen är medlem i. När personen fått och tagit sitt straff, är brottet sonat. Organisationen bör inte straffa en gång till genom uteslutning eller annan åtgärd, enligt det här synsättet. Man kan hävda att vi har alla våra hemligheter och skadar vi inte någon på jobbet, så ska man lämna det privata i fred.

Mot detta kan man dock hävda att det som sker på fritiden kan påverka arbetet. En misshandlad hustru vill inte bli vårdad av en vårdanställd som själv är hustrumisshandlare, precis som hon inte vill lämna in en anmälan till en polis som är hustrumisshandlare.

En kärnfråga kan vi formulera så här: ”Har jag ett beteende som påverkar trovärdigheten för professionen, bland dem jag är till för?” Men det gäller att det inte bara blir ett allmänt tyckande, utan att det verkligen finns en koppling till vad som påverkar relationen mellan yrkesutövaren och vårdtagaren.

Gränserna är svåra här! Ska en person kunna vägra att ta emot vård av en sverigedemokrat, eller en person med en viss religiös inriktning? Hur ska man ställa sig till en medlem som man vet sätter andras liv och hälsa på spel på fritiden, genom ett av våra allra vanligaste brott, nämligen fortkörning?

Det här var några exempel på att det inte finns några enkla svar på frågan vilka krav som vi som medlemmar kan och bör ställa på varandra. Men dessa exempel visar också, menar vi, att det kan uppstå spännande och viktiga diskussioner, som i sig kan betyda mycket för våra professioners och våra organisationers ständigt pågående arbete med ett gemensamt etiskt förhållningsätt!

14.2.2 Tema Vårdförbundet - Organisation¹⁶⁸

Förbundsstyrelsens redovisning

Pågående utveckling

Som ett sätt att bättre kunna ta hand om medlemmars idéer så lanserades under 2010 en ny metod som innebär att medlemmar ska kunna lämna förslag på webben, utan att behöva ha kunskap om vår organisation eller veta när det är årsmöte/representantskap och kongress. Förslag ska kunna hanteras året runt!

Genom att arbeta med frågorna gemensamt, lokalt och nationellt, så används resurserna bättre och goda idéer ska få bättre spridning. Det återstår en del innan detta fungerar fullt ut och för stunden måste vi säkerställa att det som ska behandlas på kongressen också förbereds för kongressen.

Vårdförbundet som organisation ska kunna leva upp till sina värderingar. Två uttryck för detta blev att kongressen 2008 beslutade att Vårdförbundet skulle bli medlem i Fairtrade Sverige och att Vårdförbundet skulle utarbeta en egen miljöpolicy. Till kongressen 2011 finns nu en motion som föreslår att ambitionerna ska utvecklas ytterligare så Vårdförbundet även ska uppfylla kravet på att vara en "Fair union". Förbundsstyrelsen föreslår att kongressen bifaller den motionen. Ett konkret exempel på hur en miljöpolicy kan påverka dagens arbetsformer är att skynda på utveckling av ny teknik, exempelvis möjligheten att använda webbkonferenser som alternativ för möten som annars skulle innebära resor.

Det sker en fortlöpande utveckling av den gemensamma administrationen och det utarbetas fler gemensamma rutiner för att förenkla det som handlar om det interna arbetet och Vårdförbundets ekonomi.

Vårdförbundet har alltid anledning att se över och rationalisera så att medlemsavgifterna används klokt och med en fungerande internkontroll.

Eftersom utgångspunkten sedan tidigare har varit att avdelningarna har haft egna riktlinjer och rutiner så pågår ett omfattande arbete att kartlägga mångfalden och därefter slå fast ett gemensamt förhållningssätt. En del av de idéer som funnits med i Tema Vårdförbundet uttrycker mycket tydligt att vi nu behöver bli bättre på att beskriva det gemensamma.

Organisering för framtiden

Den organisationsstruktur som Vårdförbundet har idag grundar sig på en indelning som utgår från landsting/regioner och anställning. Fortfarande är det en inre struktur med 21 lokala avdelningar, förbundsstyrelse och en kongress som är tankemodellen och något annat förslag finns det inte heller idag. Det pågår en utveckling för att bli ett förbund.

Från landsting som huvudmän och arbetsgivare kan vi dra lärdom att en omorganisation som tror att förändring av organisationsrutiner (sammanslagningar, namnbyten mm) i sig innebär

¹⁶⁸ Kongressen beslutade under punkt 7.2 Reviderad arbetsordning att ge förbundsstyrelsen i uppdrag att i januari 2012 sammankalla en extra kongress angående förbundets interna organisation och där behandla punkterna 14.2.1 Medlemskapet, 14.2.2 Organisation, 14.2.4 Stadgar och 14.2.5 Kommunikation

förbättrad verksamhet är helt fel! Det behöver först finnas en större tydlighet om innehåll innan det sker en omprövning

Det har, som det beskrevs i punkten om medlemskapet, arbetats fram en beskrivning av fyra olika perspektiv som organisationen ska kunna svara mot:

- Medlemsstöd
- Påverkan
- Demokrati
- Kollegial mötesplats

Som ett kommande steg för att göra innehåll tydligare så föreslår Förbundsstyrelsen att kongressen tar ställning till kvalitetskriterier inom dessa fyra perspektiv. Förslaget presenteras som en egen punkt.

Under 2011 påbörjas ett fördjupat samtal när det gäller det framtida ledarskapet inom Vårdförbundet. I detta finns även frågan om rollen för den förtroendevalda på arbetsplatsen. Resultatet från den nationella mötesplatsen 1-2 mars pekar på att det kommer att behövas tid och utrymme den kommande perioden för detta viktiga samtal.

Den del av organisationsöversynen som handlar om inre struktur, uppdrag och roller får delvis invänta konsekvenserna av beslutade kvalitetskriterier. Samtidigt finns det avgränsade områden som måste behandlas redan nu. Förslaget presenteras nedan i ett eget avsnitt.

Utifrån det läge som Vårdförbundet nu befinner sig med Tema Vårdförbundet så föreslås ingen genomgripande genomgång av stadgarna. Till kongressen lämnas förslag som mer handlar om konsekvensförändringar. Förslaget presenteras som en egen punkt.

En aspekt på organisationen är resurser. Under kongressperioden har det inletts ett arbete för att på ett bättre sätt beskriva Vårdförbundets resurser och detta beskrivs i ett eget avsnitt.

Vårdförbundet är medlem i eller samverkar med en stor mängd andra organisationer nationellt och internationellt. Till kongressen 2008 fanns det en motion som gällde medlemskapet i TCO och till kongressen 2011 kom en ny motion i frågan. Förbundsstyrelsen gör bedömningen att vi inte kommit så långt i samtalet ännu så att frågan kan avgöras på kongressen 2011. Under kongressperioden som följer behöver det ske en uppföljning av det drygt tio

år gamla beslutet att göra en bodelning mellan Vårdförbundet och de fyra organisationerna Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) Institutet för biomedicinsk laboratorievetenskap (IBL) och Svensk förening för Röntgensjuksköterskor (SFR).

Inre struktur, uppdrag och roller

När vi samtalar om framtidens organisation har vi ett stort behov av att hantera dagens frågor som grundar sig på att vi fortfarande utgår från en organisation från gårdagen. Det är svårt att istället utveckla vår organisation med framtiden och Vision 2018 för ögonen! Som stöd för det fortsatta arbetet finns det nu till kongressen förslag på kvalitetskriterier för framtida organisation. Med stöd av dessa får samtalet om framtida organisering och ledarskap fortsätta.

Den inre strukturen ska prövas utifrån perspektiven medlemsstöd, påverkan, demokrati och kollegial mötesplats, med de löften som ges genom de kvalitetskriterier vi kommer överens

om. En ny organisation måste innebära en intresseavvägning mellan de fyra perspektiven eftersom det kan komma att ställa delvis motstridiga krav.

När det gäller frågan om förtroendevalda på arbetsplatsen så bedömer Förbundsstyrelsen att vi bara befinner oss i en start när det gäller att enas om hur uppdraget ska beskrivas för framtiden. Den arbetsgrupp som på Förbundsstyrelsens uppdrag skulle beskriva medlemskapets innehåll och värde visade på stora utvecklingsbehov när det gäller det som det idag fungerar med förtroendevalda på arbetsplatsen. Det behöver ske en omprövning som både tar hänsyn till ett organisationsperspektiv, medlemsperspektiv och medlems perspektiv. Förbundsstyrelsen instämmer i behovet av att klargöra rollen för den förtroendevalda på arbetsplatsen men bedömer att det är för tidigt att redan idag slå fast att det behövs en gemensam plattform.

Trots denna osäkerhet om framtida roll måste dagens förtroendevalda på arbetsplatsen få ett stöd i sitt viktiga uppdrag. En anpassning får ske till olika lokala förutsättningar men det ska nu också tas ett initiativ för en gemensam utveckling och kvalitetssäkring när det gäller dagens utbildning för de förtroendevalda på arbetsplatsen.

Förslagsvis så ska frågan om förbundsstyrelsens storlek samt Förbundsstyrelsens och avdelningsstyrelsens sammansättning beaktas i ett kommande skede i samtalet om den framtida organisationen.

Alla Vårdförbundets medlemmar är lika viktiga. Vårdförbundet ska vara tydligt oavsett var medlemmar finns. Detta är en extra stor utmaning när det gäller att ”finnas” för exempelvis medlemmar som arbetar på små privata arbetsplatser, är anställda som chefer eller är arbetslösa. Till kongressen 2011 har det kommit nya motioner när det gäller behov av en specifik organisation för chefer och ledare. Det finns idag inget konkret förslag hur detta i så fall skulle se ut och frågan har fortfarande kvar sin aktualitet. En framtida organisering måste tillgodose det behov som medlem har av stöd, demokrati och kollegial mötesplats men också ur perspektivet att kunna påverka. Att fortsätta den satsning som pågår för chefsmedlemmar behöver ske samtidigt med att belysa frågan om en specifik organisation för chefer

Även om frågan om val och valberedning påverkas av de förslag som kan komma fram i samtalet om den framtida organisation så föreslår Förbundsstyrelsen att det redan genomförs ett avgränsat projekt som ser över frågan om valprocessen. De nyttillkomna motionerna till 2011 års kongress omhändertas på detta sätt.

Resurser

Valet av organisation handlar också om hur Vårdförbundets resurser ska kunna användas på bästa sätt för att uppnå mål och resultat. Resursbegreppet kan ha olika innehåll men den aspekt som främst har blivit belyst under kongressperioden är ”tid”.

Grunden för en idéburen medlemsorganisation är den tid – fritid – som medlemmar vill ägna åt och för organisationen. Genom medlemsavgifter uppstår en ekonomi som gör det möjligt att ersätta förtroendevalda och andra medlemmar så att det kan ges en kompensation för inkomstbortfall som uppstår vid tjänstledighet från anställning för att genomföra uppdrag i Vårdförbundet. Ett exempel på detta är den ersättning kongressombuden kan få vid kongressens möte.

Inom Vårdförbundet så förekommer i mycket begränsad omfattning arvodering av förtroendevalda. Arvodering syftar främst till vara en ersättning för det ansvar som ett uppdrag innebär och är i grunden ingen lön eller lönekompensation för utförd arbetsinsats.

Med hjälp av medlemsavgifterna så har Vårdförbundet även möjlighet att anställa medarbetare för att på uppdrag utföra verksamhet. I viss utsträckning kompletteras denna kompetens genom att köpa in externa tjänster för speciella uppdrag.

Genom lag och kollektivavtal så har Vårdförbundet gjort överenskommelse om att arbetsgivare betalar lön för sina anställda när de utför visst facklig arbete. Genom samverkansavtal finns det dessutom ibland möjlighet för anställda medlemmar att på betald arbetstid delta på möten som Vårdförbundet anordnar.

Den mycket ungefärliga beräkning som har gjorts av resursen ”tid” kan sammanfattas i;

Anställda: 150 årsverk

Förlorad arbetsförtjänst förtroendevalda: 30 årsverk

Fackliga tiden: 250 årsverk

Förtroendevalda fritid. Avdelningsstyrelseledamöter (ca 200st):

1 timme/vecka → 6 årsverk

4 timmar/vecka → 23 årsverk

Förtroendevald arbetsplats (som enda förtroendeuppdrag - ca 4 000st):

1 timme/vecka → 115 årsverk

Medlemmar fritid:

1 timme per medlem/år → 60 årsverk

5 timmar per medlem/år → 300 årsverk

Idé/förslag/motion

1. Vårdförbundet blir en Fair Union (2011)

Motionär: Sektionsstyrelsen Karolinska Huddinge

Vårdförbundet är, liksom ett antal andra fackförbund, medlemsorganisation i Fairtrade Sverige. Flera förbund, såsom Lärarförbundet, Farmaciförbundet och SKTF har gått ett steg längre och titulerar sig Fair Union.

Att vara en Fair Union innebär att leva upp till sina grundläggande värderingar om mänskliga rättigheter och omsätta politiken i praktisk handling. Till exempel att bara göra affärer med företag med kollektivavtal, bara handla varor som är tillverkade under goda arbets- och miljövillkor, välja Fairtrademärkta varor där så är möjligt och att inte placera förbundets kapital i verksamheter som kränker mänskliga rättigheter. Mycket av detta gör Vårdförbundet redan idag. Det skulle däremot bli mer synligt för medlemmarna om Vårdförbundet vore en Fair Union. Genom att tydligt påvisa Vårdförbundets ställningstagande kan vi locka fler att vilja vara medlemmar.

Motionärerna yrkar härmed att kongressen beslutar:

- Att Vårdförbundet blir en Fair Union.

Sektionsstyrelsen Karolinska Huddinge inom Avd. Stockholm/gnm. Marika Olsson

Fakta/Bakgrund

Att vara en Fair Union innebär precis som motionären nämnt att förbundet åtar sig att leva upp till sina grundläggande värderingar om mänskliga rättigheter och omsätta politiken i praktisk handling. En målsättning bland de förbund som redan förklarar sig vara Fair Unions är att så långt det är möjligt bara göra affärer med företag med kollektivavtal, välja rättvisemärkta produkter där det är möjligt, ta miljömässig och etisk hänsyn när vi köper produkter och tjänster, minska den miljöpåverkan som orsakas av förbundet samt att inte placera förbundets kapital i verksamheter som kränker mänskliga rättigheter.

Vårdförbundet bedriver idag ett intensivt förbättringsarbete på de områden som anses utmärka en Fair Union. Sedan en tid tillbaka genomgår samtliga anställda en obligatorisk miljöutbildning och en miljögrupp arbetar med att införa förbättringar inom miljöområdet med syfte att Vårdförbundet skall bli miljödiplomerade senast i maj 2011. Vidare genomförs under våren 2011 en översyn av förbundets rutiner för upphandlingar och inköp. En viktig del av dessa rutiner är just riktlinjerna som syftar till att öka andelen leverantörer som har kollektivavtal och miljöpolicy samt ge vägledning för ett ekologiskt, ekonomiskt och socialt ansvarstagande vid val av leverantörer och produkter. Vårdförbundet är redan idag medlem i Fairtrade och väljer Fairtrademärkta produkter där det är möjligt. Vårdförbundet har även en kapitalförvaltningspolicy som är vägledande vid placeringar, och som anger ett antal etiska och miljömässiga kriterier. Denna policy revideras årligen.

Förbundsstyrelsens yttrande

Vårdförbundet är i dagsläget inte redo att förklara sig en Fair Union. Detta då vårt förbättringsarbete ännu inte är fullt ut genomfört. Att förklara sig vara en Fair Union innan detta arbete är klart riskerar att få till konsekvens att begreppet eroderar, och därigenom vårt eget och andra förbunds trovärdighet i dessa frågor. Vårdförbundet har dock som mål att förbundet skall kunna titulera sig Fair Union i god tid innan nästa kongress 2014.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att bifalla förslaget.

2. Fairtrade-ambassadörer (2011)

Motionär: Sektionsstyrelsen Karolinska Huddinge

Kongressen 2008 beslutade att Vårdförbundet skulle bli medlemsorganisation i Fairtrade Sverige. I samband med kongressens beslut om tillsättandet av utredningen Tema Vårdförbundet diskuterades hur medlemmar ska kunna engagera sig i en enskild fråga utan att fördenskull vara förtroendevald, så kallade ”fackliga aktivister”. Facketförändras.nu arbetar med hur vi ska få ungdomar att intressera sig för, och gå med i, fackföreningar.

Föreningen Fairtrade är en ideell organisation som bl a sprider kunskap om hur konsumenter kan påverka villkoren för odlare och anställda i mindre utvecklade länder. De utbildar även Fairtrade-ambassadörer som sprider kunskaperna vidare och påverkar lokalt.

Medlemsorganisationernas ambassadörer finns registrerade på Fairtrades hemsida. Efter snart tre års medlemskap har Vårdförbundet idag (2011-01-12) enbart en (1) Fairtradeambassadör registrerad där, vilket får anses som ett dåligt betyg för en så stor medlemsorganisation. Många yngre har ett stort engagemang för, och solidaritet med, människor i mindre utvecklade länder. Att möjliggöra engagemang i Fairtrade samtidigt som vi förmedlar av grundläggande kunskaper om fackföreningar i allmänhet och Vårdförbundet i synnerhet vore därför värdefullt.

Motionärerna yrkar härmed att kongressen beslutar:

Att Vårdförbundet i samarbete med föreningen Fairtrade Sverige anordnar ambassadörsutbildningar för medlemmar.

Sektionsstyrelsen Karolinska Huddinge inom Avd. Stockholm/gnm. Marika Olsson

Fakta/Bakgrund

Ambassadörsutbildningen är en kurs som avser att ge deltagarna kunskap, inspiration och engagemang inom Fairtrade. Kursen syftar till att bidra till ökad kännedom om Fairtrade och fokuserar på konsumentens möjlighet att påverka och göra skillnad genom enkla val i butiken. Inga förkunskaper krävs och efter utbildningen avgör varje ambassadör själv om/hur man vill engagera sig för Fairtrade. Utbildningen omfattar cirka 12-14 utbildningstimmar och består av föreläsningar, grupparbeten och nätverkande. Ambassadörsutbildningarna genomförs av instruktörer som rekryterats och utbildats av Fairtrade för det specifika uppdraget.

En ambassadörsutbildning kan anordnas för en sluten grupp, exempelvis för en av Fairtrades medlemsorganisationer. Det är således fullt möjligt för Vårdförbundet att arrangera en utbildning öppen endast för medlemmar. En utbildning kostar cirka 5000 SEK exkl. arbetsgivaravgifter och sociala avgifter att arrangera.

Förbundsstyrelsens yttrande

I och med att Vårdförbundet blev medlemmar i Fairtrade tog förbundet på sig ett ansvar att i mesta möjliga mån använda Fairtrade-produkter. Det ligger även i sakens natur att förbundet försöker sprida detta åtagande bland sina medlemmar, samt därigenom indirekt till deras arbetsplatser. Vårdförbundet bör därför erbjuda medlemmar Fairtrade-ambassadörsutbildningar via Vårdförbundet. En rimlig nivå borde vara att Vårdförbundet skall låta 300 medlemmar genomgå utbildningen under den kommande kongressperioden, förslagsvis fördelat i proportion till medlemsunderlaget i avdelningarna. Utbildningarna, som bör bli cirka 30 till antalet, bör anordnas lokalt med deltagare från den egna avdelningen. Kostnaden för att arrangera en utbildning är relativt låg, och förbundet bör därför kunna erbjuda utbildningen till medlemmarna kostnadsfritt som en medlemsförmån. Eventuella resor och förlorad arbetsinkomst får den enskilde medlemmen själv bekosta.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att bifalla förslaget.

3. En tydligare och formell stadga (2008)

Motionär: Avdelning Västmanland

Det viktigaste dokumentet en organisation har att rätta sig efter, är sina stadgar. Organisationens stadga anger minimikraven för hur demokratin i berörd organisation ska fungera. Stadgan

tjänar även som en vägvisare för hur den enskilde medlemmen ska kunna göra sin röst hörd inom organisationen. Vidare ska det klart synas i en stadga vilket organisationsled som har vilka uppgifter. Om man nu vill kan man även lägga in värdegrunder och liknande i stadgan, det går utmärkt, så länge organisationens formalia finns med.

Vårdförbundet har under ett antal år experimenterat med att successivt ta bort formalia ur sina stagar. Detta har skett utifrån vad man kan gissa är en missriktad välvilja, att inte krångla till saker och göra organisationens viktigaste demokratiska dokument, lättillgängligt för alla.

Flera organisationer har redan gjort liknande åtgärder, men tvingas ändra tillbaka till ett mer formellt utförande. Erfarenheten har varit att borttagande av formalia ur stadgan leder till att dokumentet förlorar värde. Tydligheten försvinner och det lämnar utrymme för godtyckliga tolkningar av stadgan.

Utifrån ovanstående yrkar Vårdförbundet avdelning Västmanland följande:

att stadgan utformas så att Vårdförbundets minimikrav för den interna demokratin blir tydlig.
att stadgan utformas så att det klart framgår hur den enskilde medlemmen kan påverka Vårdförbundet.

att stadgan utformas så det tydligt syns vilka roller de olika organisationsleden har inom Vårdförbundet.

Återkoppling till kongressen 2011

Det som har skett inom ramen för Tema Vårdförbundet resulterar bland annat i att kongressen 2011 ska ta ställning till nya stadgar. En vägledning i detta förslag har från kongressen 2008 varit att det även fortsättningsvis ska vara så att stadgan inte belastas med innehåll som beskrivs och regleras i exempelvis lagstiftning eller andra officiella dokument.

Styrelsens ställningstagande är att stadgarna även fortsättningsvis ska vara att ge uttryck för det som Vårdförbundet specifikt står för, det som är unikt för Vårdförbundet och att undvika detaljreglering. Vårdförbundets stadga används idag sannolikt mer än vad den gör för många andra ideella föreningar och ett skäl till detta är att den så tydligt utgår från medlems perspektiv och vår gemensamma idé.

Utifrån det läge som Vårdförbundet nu befinner sig med Tema Vårdförbundet så föreslås ingen genomgripande genomgång av stadgarna utan mer av uppföljning och vissa konsekvensförändringar.

I och med styrelsens förslag till nya stadgar finns det nu ett förslag att utgå från för beslut.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att avslå motionen.

4. Återinförande av begreppen "fackförbund" och "yrkesförbund" i Vårdförbundets stadga (2008)

Motionär: Avdelning Västmanland

Under åren som gått har Vårdförbundet tappat många medlemmar, skälen till detta har varierat. Vid en närmare granskning av skälen till utträdet, har många medlemmar uppgivit att de inte längre känner sig hemma i Vårdförbundet. Dialog har även förts med förtroendevalda och kvarvarande medlemmar kring medlemskapets värde och Vårdförbundets roll. Det finns

en svårighet i att känna sig hemma i Vårdförbundets politik och Vårdförbundets agerande i olika frågor.

Medlemmarna vill se Vårdförbundet som en stark aktör på arbetsmarknaden och som ett gott alternativ till andra fackliga organisationer. I detta ligger en önskan om en tydlighet kring vad Vårdförbundet står för och vilket som är Vårdförbundets uppdrag. Det har även framkommit tydliga synpunkter kring att medlemmar upplever att det finns en förskjutning i fokus, från arbetsvillkor till patientvillkor.

En organisations sätt att uttrycka sig i skrift och tal ger känslan för vad organisationen står för och vilka värderingar som råder i organisationen. Styrelsen i Vårdförbundet avdelning Västmanland anser att en möjlighet till att få fler medlemmar att känna sig hemma i Vårdförbundet, är att återinföra begreppen ”fackförbund” och ”yrkesförbund” i stadgan. Och i och med detta, se till att det införs texter i stadgan som klargör Vårdförbundets roll och uppdrag utifrån dessa begrepp.

Utifrån detta så yrkar Vårdförbundet avdelning Västmanland följande:

att begreppen fackförbund och yrkesförbund återinförs i stadgan.

att begreppens innebörd och konsekvenser tydliggörs i stadgan.

att kongressen bifaller motionen i sin helhet och att Vårdförbundet kommer att arbeta enligt motionens yrkanden.

Återkoppling till kongressen 2011

Den del av frågeställningen som handlar om behovet av att via specifikt stadgarna göra detta ställningstagande handlar till stor del om synen på stadgarnas utformning. Det är önskvärt att beslut inte blir motsägelsefulla och därför behöver stadgarna ses i sin helhet.

Redan idag finns det i stadgarna en tydlig beskrivning av vårt gemensamma uppdrag. Det som behöver stärkas ytterligare är vad detta innebär och hur vi uppnår detta i det gemensamma uppdraget.

Kongressen 2008 bekräftade den beskrivning av Vårdförbundets idé som finns i stadgarna. Vidare så antogs vision 2018 och ett antal politiska dokument som utvecklar den idé som stadgan beskriver.

Konsekvensen av att Vårdförbundet som organisation utgår från yrken och inte från ”anställning” behöver bli tydligare. Självklart är frågor om villkor i och för en anställning en avgörande fråga för yrkena, men samtidigt ställs andra krav på medlem och organisation om man i ord och handlingar är en profession.

När det gäller det sätt som Vårdförbundets idé och uppdrag beskrivs så finns det nu en beskrivning som Förbundsstyrelsen har gjort 2009; ”Vårt uppdrag och vilka vi är”). Detta underlag tjänar som stöd för samtal kring hur vi valt att organisera oss.

Medlemskapet bygger som idé på yrkestillhörigheten och Vårdförbundet är därför enligt vanligt språkbruk i den fackliga världen ett ”yrkesförbund”. Alternativet är att istället organisera utifrån arbetsplats – oavsett yrkestillhörighet. Till skillnad från ”yrkesförbund” kallas detta ibland ofta för ”vertikalförbund”. Om Vårdförbundet inte skulle ha funnit skulle våra yrkesgrupper exempelvis ha funnits med i vertikalförbunden SKTF (arbetsplatser inom främst kommuner och landsting), Unionen (privat sektor) eller ST (Statliga sektorn).

Som yrkesförbund agerar Vårdförbundet som facklig organisation för medlemmarnas villkor i yrket och i anställningen men har genom att vara yrkesorganisation också ett vidare uppdrag. Det finns idag ingen meningsfull beskrivning av vad som är ”skillnad” mellan yrkesförbund och fackförbund. Vårdförbundet är ett yrkesförbund och Vårdförbundet är ett fackförbund.

Till Kongressen 2011 lägger Förbundsstyrelsen ett stadgeförslag som innebär att det fackliga uppdraget ska finnas angivet utan att det därmed ska bli en inskränkning på det samlade uppdraget.

Delar av det motionären tar upp återkommer i styrelsens förslag till ny stadga.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå motionen.

5. Införande av begreppen fackförbund och yrkesförbund i Vårdförbundets stadga (2011)

Motionär: Mimmi Höglom, avdelning Västmanland

Medlemmarna vill se Vårdförbundet som en stark aktör på arbetsmarknaden och som ett gott alternativ till andra fackliga organisationer. I detta ligger en önskan om en tydlighet kring vad Vårdförbundet står för och vilket som är Vårdförbundets uppdrag. Det finns all anledning att förtydliga medlemskapets värde, Vårdförbundets politik och agerande i villkorsfrågor med att använda vedertagna begrepp. En organisations sätt att uttrycka sig i skrift och tal ger känslan för vad organisationen står för och vilka värderingar som råder i organisationen. Stadgan är ett centralt och betydelsefullt dokument för en organisation, den utgör ryggraden i organisationens tankebanor.

Att införa begreppen ”fackförbund” och ”yrkesförbund” i stadgan, ger möjligheten för fler medlemmar att känna sig hemma i Vårdförbundet och identifiera sig med vad Vårdförbundet står för. Att ta med och klargöra dessa begrepp stärker också Vårdförbundets ställning inom fackföreningsrörelsen och definierar Vårdförbundets roll och uppdrag. Vårdförbundets möjligheter att lyckas med en verklig värdeförskjutning i lön, för de grund-, funktions- och specialistutbildade medlemmarna, är beroende av oss själva och vår omvärld. Att markera oss som fackförbund och yrkesförbund, sänder ett budskap till våra medlemmar om att vi driver deras frågor, samt att arbetsgivarna blir medvetna om att vi är en motpart att räkna med.

Utifrån detta så yrkar styrelsen i Vårdförbundet avdelning Västmanland följande:

Att begreppen fackförbund och yrkesförbund införs i stadgan.

Att begreppens innebörd och konsekvenser tydliggörs i stadgan.

Att kongressen bifaller motionen i sin helhet och att Vårdförbundet kommer att arbeta enligt motionens yrkanden.

Motionen är behandlad och antagen i sin helhet på Vårdförbundet avdelning Västmanlands extra årsmöte 2011 02 10 och ska sändas till Vårdförbundets kongress 5:e maj 2011.

Fakta/Bakgrund

Till kongressen 2008 fanns det en motion med likartad inriktning och med kongresshandlingarna kommer den uppföljning som Förbundsstyrelsen lämnar till alla de idéer/förslag/motioner som funnits med i Tema Vårdförbundet. Vårdförbundets stadgar kommer att behandlas av kongressen 2011. Vårdförbundet är som ett av flera yrkesförbund en del av den fackliga rörelsen. Vårdförbundets idé är att vara organisationen för fyra professioner .

Vårdförbundet är därför enligt vanligt språkbruk i den fackliga världen ett ”yrkesförbund” . Alternativet till att organisera sig utifrån yrke är att istället organisera sig utifrån arbetsplats – oavsett yrkestillhörighet. Till skillnad från ”yrkesförbund” kallas detta ibland för ”vertikalförbund”. Om Vårdförbundet inte fanns skulle medlemmarna exempelvis ha kunnat organisera sig i något av vertikalförbunden;
SKTF (organiserar tjänstemän från flera yrkesgrupper som är offentligt och privat anställda med anknytning till kommun, landsting och kyrka),
Unionen (motsvarande inom privat sektor)
Fackförbundet ST (motsvarande inom Statliga sektorn).

Förbundsstyrelsens yttrande

Se den återkoppling som förbundsstyrelsen lämnat på den likartade motionen från 2008.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att avslå motionen.

6. Återinförandet av begreppen arbetsmiljö och skyddsombud i stadgan (2008)

Motionär: Avdelning Västmanland

De senaste åren har Vårdförbundet gått över i att använda begreppet ”vårdmiljö” istället för arbetsmiljö. Vårdmiljö som begrepp tillhör ämnet vårdvetenskap och tanken med att byta ut arbetsmiljö, förefaller vara en önskan om att stärka professionen. Begreppen arbetsmiljö och vårdmiljö är inte ekvivalent utbytbara.

Arbetsmiljö är ett vedertaget begrepp i Sverige. Lagar styr och myndigheter jobbar utifrån begreppet arbetsmiljö. Begreppet arbetsmiljö är väl definierat och har tydliga avgränsningar.

Arbetsgivaren förväntar att de möter en motpart som är väl insatt i innebörden av att vara skyddsombud och att den personen ska förstå samt hantera frågor som rör arbetsmiljön. Därför är det djupt olyckligt att varken arbetsmiljö eller skyddsombud finns med som klarlagda begrepp och funktioner i stadgan. Det är en otydlighet som försvårar det lokala arbetsmiljöarbetet och har direkta konsekvenser för våra medlemmar.

När en medlem åtar sig att vara förtroendevald inom Vårdförbundet, ingår även uppdraget som skyddsombud inom ett skyddsområde. Att vara skyddsombud är att vara med och påverka arbetsmiljön på sin egen arbetsplats. Det kan vara nog så svårt att hävda rätten till en god arbetsmiljö i mötet med arbetsgivaren. Ute i de lokala avdelningarna görs ett gediget arbete i att förbereda våra förtroendevalda i deras roll som skyddsombud. Men det behövs även råd, stöd och vägledning från centralt håll.

Utifrån ovanstående så yrkar Vårdförbundet avdelning Västmanland följande:

att begreppen ”arbetsmiljö” och ”skyddsombud” återinförs i stadgan.
att Vårdförbundet beskriver funktionen skyddsombud och slå fast vilka förväntningar som finns kring rollen.
att begreppet vårdmiljö enbart används inom de delar inom stadgan som rör professionsutveckling.
att kongressen bifaller motionen i sin helhet och att Vårdförbundet kommer att arbeta enligt motionens yrkanden.

Återkoppling till kongressen 2011

Den del av frågeställningen som handlar om behovet av att via specifikt stadgarna göra detta ställningstagande handlar till stor del om synen på stadgarnas utformning. Detta omhändertas bäst genom samtalet om de nya stadgarna som förslås till kongressen 2011. Det är önskvärt att beslut inte blir motsägelsefulla och därför behöver stadgarna ses i sin helhet.

Stadgan beskriver idag förtroendeuppdrag och räknar inte upp alla de former av uppdrag i mer formell mening som detta kan innebära; skyddsombud, huvudskyddsombud, bolagsstyrelserrepresentant, ledamot i samverkansgrupp m m.

Begrepp som medbestämmande, arbetsmiljö och andra rättigheter i arbetslivet finns inte heller beskrivet i stadgan.

På kongressen kommer det att behandlas ett nytt förslag till idédokument, ”Hälsosam vårdmiljö”. Där finns ett förslag på hur vi framöver ska kunna fortsätta samtal och påverkan inom detta angelägna område utan behov att särskilja begrepp som vårdmiljö och arbetsmiljö.

I utredningsdirektiven föreslås att stadgan även fortsättningsvis inte belastas med innehåll som beskrivs och regleras i exempelvis lagstiftning eller andra officiella dokument. I och med förslag till nya stadgar finns det nu ett förslag att utgå från för det fortsatta process och beslut.

Under 2011 påbörjas ett fördjupat samtal när det gäller det framtida ledarskapet inom Vårdförbundet. I detta finns även frågan om rollen för den förtroendevalda på arbetsplatsen som har befogenheten att vara skyddsombud.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå motionen.

7. Motion angående att införa begreppet; förtroendevald tillika skyddsombud, i stadgan (2011)

Motionär: Mimmi Höglom, avdelning Västmanland

När en medlem åtar sig att vara förtroendevald inom Vårdförbundet, ingår även uppdraget som skyddsombud för ett skyddsområde. Att vara skyddsombud innebär att vara med och påverka arbetsmiljön på sin egen arbetsplats. Det kan vara en stor utmaning att hävda rätten till god arbetsmiljö i mötet med arbetsgivaren. Ute i Vårdförbundets lokala avdelningar görs ett gediget arbete i att förbereda våra förtroendevalda i deras roll som skyddsombud. Men det behövs även råd, stöd och vägledning från centralt håll.

Arbetsmiljö är ett vedertaget begrepp i Sverige. Lagar styr och myndigheter arbetar utifrån begreppet arbetsmiljö. Begreppet arbetsmiljö är väl definierat och har tydliga avgränsningar.

Arbetsgivaren förväntar sig att möta en motpart som är väl insatt i innebörden av uppdraget förtroendevald tillika skyddsombud. De förväntar sig även att den motparten ska förstå, samt hantera frågor som rör såväl arbetsrättsliga frågor som arbetsmiljöfrågor. Därför är det djupt olyckligt att varken "arbetsmiljö" eller "skyddsombud" finns med som klarlagda begrepp och funktioner i stadgan. Det är en otydlighet som försvårar det lokala arbetsmiljöarbetet och har/får direkta konsekvenser för medlemmar.

Utifrån ovanstående yrkar styrelsen i Vårdförbundet avdelning Västmanland följande:

Att begreppet förtroendevald tillika skyddsombud införs i stadgan.

Att Vårdförbundet beskriver funktionen förtroendevald tillika skyddsombud och slår fast vilka förväntningar som finns kring rollen.

Att kongressen bifaller motionen i sin helhet och att Vårdförbundet kommer att arbeta enligt motionens yrkanden.

Motionen är behandlad och antagen i sin helhet på Vårdförbundet avdelning Västmanlands extra årsmöte 2011 02 10 och ska sändas till Vårdförbundets kongress 5:e maj 2011.

Fakta/Bakgrund

Till kongressen 2008 fanns det en motion med likartad inriktning och med kongresshandlingarna kommer den uppföljning som Förbundsstyrelsen lämnar till alla de idéer/förslag/motioner som funnits med i Tema Vårdförbundet. Där kommer det också att finnas förslag om fortsatt arbete med frågan om uppgiften för förtroendevalda. Vårdförbundets stadgar kommer att behandlas av kongressen 2011.

Stadgan beskriver idag förtroendeuppdrag och räknar inte upp alla de former av uppdrag i mer formell mening som detta kan innebära; skyddsombud, huvudskyddsombud, bolagsstyrelse-representant, ledamot i samverkansgrupp m m. I det nationella ramprogram som idag finns för utbildningen för förtroendevalda på arbetsplatsen beskrivs uppdraget;

Vårdförbundet ska vara medlemmens plattform för att själv påverka och förbättra vården och utveckla yrket. Den förtroendevalda på arbetsplatsen ger råd, vägledning och aktuell information, tar egna initiativ och inspirerar medlemmarna att agera själva. Förtroendevalda på arbetsplatsen möter medlemmarna för att tillsammans med medlemmarna utveckla idéer om hur individen, yrket och vårdmiljön ska utvecklas.

En viktig uppgift för de förtroendevalda är att skapa förutsättningar för delaktighet och medskapande för varje medlem och tydliggöra medlemmens egen rätt. Förtroendevalda på arbetsplatsen har också i uppdrag att ha kontakt med arbetsgivaren och vid behov företräda medlemmen. För detta uppdrag krävs orientering kring arbetsrätt, hälso- och sjukvårdsrätt samt fackets ansvar och möjligheter.

Förbundsstyrelsens yttrande

Se den återkoppling som förbundsstyrelsen lämnat på den likartade motionen från 2008.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att avslå motionen.

8. Förbundsstyrelsens storlek samt förbundsstyrelsens och avdelningsstyrelsens sammansättning (2008)

1. Motionär: Pia Arndorff, Skåne

Enligt Vårdförbundets stadgar består förbundsstyrelsen av ordförande samt så många ledamöter som kongressen har bestämt. Förbundsstyrelsen har enligt kongressbeslut sedan länge bestått av ordförande och 10 ledamöter. En styrelse som består av för många ledamöter blir otydlig och resultatet blir att medlemmarna anser förbundsstyrelsen som okänd. Förbundsstyrelsens beslutande och ledande funktion måste vara tydlig. En förbundsstyrelsens funktion är inte att vara operativ. En förbundsstyrelse ska leda och ge förutsättningar. Jag skulle vilja att diskussion förs kring att minska antalet ledamöter till 8, d v s en förbundsstyrelse bestående av ordförande och 8 ledamöter.

2. Motionär: Kongressledamöterna avdelning Västmanland, Värmland och Örebro genom Björn Gustafsson

Vi anser att Vårdförbundets förbundsstyrelse skall utökas från 10 ledamöter plus ordförande till 14 ledamöter plus ordförande. Detta för att på ett bättre sätt möta medlemmarnas krav, samt på ett bättre sätt stödja de förtroendevalda i Vårdförbundets avdelningar. Det skulle även underlätta informationsflödet inom förbundet då fler personer i förbundsstyrelsen ger större möjligheter att finnas ute i organisationen. Vi är även övertygade om att den demokratiska processen i förbundet skulle förbättras.

3. Motionär: Avdelning Västmanland

Motion angående representation av våra fyra professioner i förbundsstyrelsen och avdelningsstyrelserna.

För att alla medlemmar ska känna att deras professioner tas på allvar och representeras i alla berörda forum, vid exempelvis mötesplatser för specifika yrkesinriktningar, skall Vårdförbundet skriva in i stadgan att det ska eftersträvas att alla våra fyra yrkesprofessioner finns representerade i avdelnings- respektive förbundsstyrelse.

Särskilt viktig blir frågan då många medlemmar som lämnat Vårdförbundet under den senaste tiden, gör det med motiveringen att de inte känner sig hemma i förbundets politik och att det då är ointressant att vara medlem.

På grund av ovanstående yrkar Vårdförbundet avdelning Västmanland:

att Vårdförbundet skall införa i stadgan att det ska aktivt eftersträvas att alla fyra professionerna finns representerade i förbundsstyrelsen samt i avdelningsstyrelserna.
att Vårdförbundet vid internationella och nationella professionssammankomster ska Vårdförbundet representeras av berörd profession.
att kongressen bifaller motionen i sin helhet och att Vårdförbundet agerar utifrån motionens krav.

4. Motionär: Anna Vellet, Örebro

Vårdförbundet är såväl ett yrkesförbund som en fackförening. Vi blir ofta tillfrågade som sakkunniga när det gäller våra fyra professioners yrkesutvecklingsfrågor. Lokalt är det en av de stora uppdragen vi har som förtroendevalda i förbundet - just att påvisa sambandet mellan våra professioners förutsättningar och de avtal och överenskommelser vi behöver ha för att kunna ta vårt fulla yrkesansvar och arbeta med våra etiska koder som ledstjärna.

Som ett led i att stärka Vårdförbundets vetenskapliga profil, yrkar jag härmed på att professor emeritus Mona Kihlgren, adjungeras till förbundsstyrelsens möten under mandatperioden 2008-2011.

Återkoppling till kongressen 2011

Frågeställningarna har inte varit föremål för närmare utredning eller dialog under kongressperioden. Skälet är att frågan lämpar sig bättre att diskutera då det finns en tydligare bild av hur Vårdförbundets framtida organisation kommer att utformas. En annan aspekt som kan behöva vägas in i en diskussion om förbundsstyrelsens storlek och sammansättning är relationen mellan antalet personer i förbundsstyrelse, förbundsråd, antal kongressombud och storleken på lokala styrelser då dessa är ett slag demokratiska ”kommunicerande kärn”.

De frågeställningar som väcktes redan 2008 är således fortfarande aktuella; Utökat antal styrelseledamöter eller minskat? Hur och när avgörs denna fråga bäst? Vilken styrning behöver medlemmar, valberedning och andra förtroendevalda genom stadgan inför val på årsmöten och kongress? Ska kongressen eller årsmöten besluta om vem som ska adjungeras i styrelser – eller är det styrelserna själva som bäst bedömer detta? Behövs det förändringar av stadgan eller handlar det om arbetssätt och hur vi fattar besluten?

Inför kongressen 2011 bedöms det ändå finnas en tillräckligt tydlig grund att vila sig mot;

Följande gäller enligt stadgan:

Kongressen är förbundets högsta beslutande organ.

Kongressen

- fastställer förbundets organisation
- väljer förbundsstyrelse, ordförande, revisorer och valberedning.

Skrivningen ”fastställer förbundets organisation” innebär bland annat att kongressen fattar beslut om förbundsstyrelsens storlek innan man övergår till personvalen. Förslag om kongressbeslut rörande ändring av förbundsstyrelsens storlek är normalt väl förberedda genom någon typ av organisationsutredning och i förväg kända för kongressombud och valberedning. Ett exempel är kongressen 1993 då man ville ändra förbundsstyrelsens storlek från 15 till 11 ledamöter varav en ordförande och två vice ordföranden i båda förslagen. I detta fall gick valberedningen fram med två förberedda förslag. Först så fattade kongressen beslut om vilket alternativ som skulle gälla, i detta fall storleken 11, och sedan övergick man till valberedningens förslag vad gällde personvalen.

Förslagsvis ska frågan om förbundsstyrelsens storlek samt Förbundsstyrelsens och avdelningsstyrelsens sammansättning beaktas i samtalet om den framtida organisationen. Om det inte tillkommer något nytt föreslås detta ske i samband med att den framtida organisationen för Vårdförbundet konkretiseras i sin helhet.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att frågan om förbundsstyrelsens storlek samt förbundsstyrelsens och avdelningsstyrelsens sammansättning beaktas i samtalet om den framtida organisationen och inte avgörs på kongressen 2011.

Att avslå motionerna.

9. Nyval till förbundsstyrelsen (2011)

Motionär: Birgitta Björk, avdelning Skåne

Under konflikten 2008 skulle, enligt stadgar, nyval till förbundsstyrelsen göras. Jag anser att under ngt så viktigt som en konflikt ska sittande styrelse inte behöva lägga tid på val till ny förbundsstyrelse eftersom ett sådant arbete måste ta tid och kraft från konflikten. Mitt förslag är att stadgan ändras så tillvida att: under konflikt skjuts val av ny förbundsstyrelse upp tills konflikten är avslutad. Birgitta Björk.

Fakta/Bakgrund

Under 2008 samlades kongressen vid fyra tillfällen! Den ordinarie kongressen beslutade 13 maj att det skulle ske en ajournering så att ordinarie kongress fortsatte 26-27 september. Därutöver inkallades två extrakongresser under 2008 för att behandla avtalsfrågor.

Enligt stadgarna så gäller; ”Ordinarie kongress sammanträder vart tredje år, senast den 31 maj” Det framgår vidare vilka punkter som ska behandlas under kongressen, bland annat val. På kongressen 13 maj 2008 beslutades det vilka punkter som skulle avhandlas den dagen och vilka punkter som skulle ajourneras så att de istället genomfördes efter strejken.

Arbetsmarknadskonflikter kan ha olika karaktär och omfattning. De arbetsmarknadskonflikt-åtgärder som Vårdförbundet vidtog 2008 var mycket omfattande, men Vårdförbundet skulle också kunna ha en arbetsmarknadskonflikt som exempelvis gäller ett avtalsområde som enbart berör 100-talet medlemmar . Till förbundsstyrelse väljs man för en begränsad mandatperiod. Oavsett händelseutveckling inom förbundet och omvärlden så finns det även med en aspekt som handlar om privatliv för de som valts till styrelsen. Att själv kunna ha möjlighet att ta ställning till om man är beredd att ha kvar uppdraget efter planerat datum.

Förbundsstyrelsens yttrande

Förbundsstyrelsen bedömer att ”risken” för att det inte skulle kunna gå att hantera val i samband med kongress till följd av arbetsmarknadskonflikt är minimal!

Erfarenheterna från 2008 tyder snarare på att ett motsatt förhållandet kan vara aktuellt. Det fanns vid denna tidpunkt spekulationer kring förbundsstyrelsens mandat från medlemmarna i de pågående förhandlingarna, vilket också påverkade förhandlingarna på ett negativt sätt. Genom att kongressen valde ny styrelse redan 13 maj så blev det ett tydligt besked om förtroende för de som ansvarar för förbundets förhandlingsverksamhet.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att avslå förslaget.

10. Beskrivning av de förtroendevalda förbundsrevisorernas uppdrag (2011)

Motionär: Mats Runsten, avdelning Skåne

Jag yrkar i denna motion

att: kongressen ger förbundsstyrelsen uppdraget att snarast ta fram en beskrivning av de förtroendevalda förbundsrevisorernas uppdrag så att det tydliggörs för medlemmarna och ger förbundsvalberedningen förutsättningar att föreslå kandidater för kongressen.(Stadgan ger en viss vägledning men är långt ifrån heltäckande i sin beskrivning av uppdraget.)

att: motionen behandlas på kongressen och där besvaras med bifall eller avslag

Fakta/Bakgrund

Eftersom det kan finnas en viss osäkerhet i frågor som gäller ansvarsfördelning och jäv har uppdraget lämnats åt förbundets auktoriserade revisor att återkomma med ett underlag som beskriver förbundets samlade revisionsprocess. Ett av de underlag som finns för denna genomgång är den beskrivning som de nuvarande förtroendevalda förbundsrevisorerna själva har tagit fram för sitt arbete. Förbundsstyrelsens ambition är det ska kunna lämnas en rapport till kongressen.

En beskriven revisionsprocess ger förhoppningsvis ett förslag på hur de förtroendevalda förbundsrevisorernas uppdrag skulle kunna beskrivas. Det finns fler frågor som behöver bli belysta i detta sammanhang. Det gäller bland annat de lokala revisorernas uppdrag och vilka förändringar som är önskvärda för att utvecklas till ett förbund.

Förbundsstyrelsens yttrande

Det behövs en beskrivning av hela revisionsprocessen som tar hänsyn till att Vårdförbundet är ett förbund. Sannolikt kommer en sådan beskrivning visa på behov av att göra förändringar av det sätt som vi idag arbetar med revision.

Genom en beskrivning av revisionsprocessen ska också uppdraget för såväl de förtroendevalda förbundsrevisorerna som för de revisorer som väljs på årsmöten/representantskap klarna.

Det pågår ett arbete och förbundsstyrelsen planerar att senast till 27-28 september lämna en beskrivning av revisionsprocessen inom Vårdförbundet. Motionen är därmed besvarad men utifrån ordalydelse föreslås att kongressen inte bifaller förslaget.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå förslaget.

11. Val av revisorer och suppleanter (2011)

Motionär: Mats Runsten, avdelning Skåne

Jag motionerar

att: stadgan ändras vad gäller val av två revisorer och två suppleanter. I samklang med stadgans övriga formuleringar av val till både valberedning och förbundsstyrelse bör även valet av antalet revisorer och suppleanter avgöras av kongressen och inte stadgefästas.

att: motionen besvaras med bifall eller avslag på kongressen

Fakta/Bakgrund

Enligt stadgarna gäller följande;

”På kongressen/årsmötet/representantskapet väljs två förtroendevalda revisorer och två revisorssuppleanter.”

Inom Vårdförbundet har det tidigare skett en förändring som innebär att det inte längre väljs suppleanter/ersättare till styrelser och valberedningar. Frågan om det ska väljas suppleanter till styrelse och valberedning prövas normalt inte längre av kongressen. Motionärens förslag innebär att motsvarande förutsättning även ska gälla för de förtroendevalda förbundsrevisorerna. När det gäller revisorer finns det en praxis att suppleanter inträder först vid det tillfälle då ordinarie revisor inte längre kan fullgöra sitt uppdrag.

På kongressen 2005 fanns det en motion som föreslog att suppleant skulle tas bort som begrepp och funktion för de förtroendevalda revisorerna. Motionen avslogs.

Till kongressen 2008 fanns det ett ursprungligt förslag från dåvarande styrelse som innebar att inte längre stadgereglera valet av suppleanter men förslaget togs tillbaka. Kongressen 2008 beslutade däremot att ändra stadgarna så att val av auktoriserad revisor inte längre skulle ske på kongressen. Istället gavs förbundsstyrelsen i uppdrag att upphandla tjänsten som revisor.

För förbundets samlade revision finns det således idag;

2 kongressvalda förbundsrevisorer

1 auktoriserad revisor

42 revisorer valda på årsmöten och representantskap

Förbundsstyrelsens yttrande

Styrelsens bedömning är att det kan finnas skäl att säkerställa att det finns ett visst antal kongressvalda förbundsrevisorer.

För att säkerställa önskat antal vald revisor om en eller fler inte kan fullgöra sitt uppdrag så finns två alternativ. Det ena är att det finns ersättare och det andra är att kongressen måste inkallas för fyllnadsval.

Förutsättningarna skiljer såg från val av valberedning och förbundsstyrelse där antalet valda är avsevärt större och behov av fyllnadsval inte är givet om någon slutar i sitt uppdrag. Att öka antalet förtroendevalda till fler än tre är styrelsen tveksam till.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att avslå förslaget.

12. Valprocessen (2008)

Motionär: Anette Eliasson, Västra Götaland - Motion kring valprocessen

Enligt sammankallande i den nationella valberedningen finns det inget utrymme i förbundets stadgar för att presentera en ny kandidat under själva kongressen. Jag är medlem och kongressombud (ersättare) och väl medveten om innehållet i stadgan.

Enligt Vårdförbundets stadga har jag som medlem stort inflytande och rätt att medverka i en demokratisk process som utvecklar organisationen. Stadgan säger att Kongressen är förbundets högsta beslutande organ. Denna kongress består av 190 valda ombud och förbundsstyrelsens ledamöter som samtliga har rösträtt.

Det framgår i stadgan att valberedningens uppdrag är att mellan kongresserna förbereda valen genom att ta fram och föreslå kandidater till de olika uppdragen. Nomineringar till de val som ska förrättas av kongressen skall vara valberedningen tillhanda senast den 15 februari enligt stadgan.

Nomineringstiden är till för att ge valberedningen tid att förbereda valen vilket innebär att ta fram lämpliga kandidater, inte för att ge valberedningen makten att besluta vem som får kandidera och när man får kandidera. En valberedning kan bara ge sitt förslag på de kandidater som tillsammans kan förväntas bli ett bra team. Valberedningens förslag till kandidater är just bara ett förslag och valen görs av de i demokratisk ordning valda

kongressombuden. Därför måste det finnas utrymme för andra kandidater, även att ropas från "golvet".

Ingenstans i stadgan framgår det att man inte kan kandidera igen, om man har återtagit sin kandidatur, eller att en ny kandidat inte kan presenteras eller kandidera under själva kongressen.

Denna tolkning av stadgan som valberedningen gör kan vi som medlemmar i en demokratisk organisation och medverkande i en demokratisk process, inte acceptera.

Hur har valberedningen fått mandat från medlemmarna att välja ny styrelse? Går det till på detta sätt blir det inga val på kongressen utan redan lagt bud ligger!

För mig som medlem och tillika kongressombud känns det som om min röst inte har något värde. Hur skall vi som en organisation i världsklass med grundläggande värderingar som stöder den demokratiska processen och individens rättigheter, kunna stå upp för demokratin när vi hanterar demokratin på detta sätt?

På grund av ovanstående yrkar jag följande

Att kongressen skall besluta att Vårdförbundets valprocess klargörs och tydliggörs så att reglerna blir tydliga om rättigheten eller inte att presentera nya kandidater efter nomineringstidens slut.

Att efter klargörandet utarbetas en skrift angående valprocessen fram, som efter remissförfarande ut till samtliga avdelningar gör att beslut kan fattas vid nästa kongress.

Att kongressen bifaller motionen och att Vårdförbundet verkar enligt motionens förslag.

Återkoppling till kongressen 2011

Vårdförbundet har sedan tidigare ett underlag som beskriver valprocessen och hur den aktivt kan bidra i den demokratiska processen. Ett förslag kan vara att frågeställningen beskrivs då skriften uppdateras.

Demokrati är inget begrepp som enbart har ett innehåll eller en sanning. Valprocessen behöver lyftas fram på nytt för att klargöras och vid behov även förändras.

Med dagens ordning har valberedningen kongressens uppdrag och förtroende att föreslå kandidater till kommande kongress. Denna tanke utgår från att det ska finnas möjlighet för kongressombuden att ta ställning till valberedningens förslag innan kongressens möte, vilket gör att alla kandidater, även de som valberedningen inte föreslår, ska ha möjlighet att presentera sig för kongressombuden innan mötet. Om dessa förutsättningar är kända så blir det ett uttryck för demokrati.

I ett teoretiskt läge då det till nomineringstidens utgång inte finns kandidater till val som göras på kongressen är det rimligt att tänka sig att förslag om nya kandidater kan komma under förlängd nomineringstid, ända fram till kongressens möte.

Under kongressperioden har det med hjälp av ny teknik prövats nya former för nomineringar och val. En del av de frågor som uppstår tyder på att vi på nytt behöver beskriva eller ompröva de principer som idag finns beskrivna i det tidigare dokumentet om valprocessen:

Valberedningens uppdrag och roll

Nominering och presentation av nominerade

Val av person eller styrelse

Medlemmar eller kongressombud väljer ordförande/styrelse

Val vid fysiska möten och/eller via webb

Även om frågan om val och valberedning påverkas av hela samtalet om den framtida organisation så föreslår Förbundsstyrelsen att det genomförs ett avgränsat projekt som ser över frågan om valprocessen.

Eftersom frågan därmed ska prövas är det fel att redan nu ta ställning till exakt hur detta ska ske och hur ett nytt förslag ska utformas. För att ett nytt förslag ska ha en framtid är det en självklarhet att detta måste ske med en delaktighet.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att genomföra ett avgränsat projekt som ser över frågan om valprocessen.

Att i övrigt avslå motionen.

13. Översyn av valprocessen (2011)

Motionär: Marianne Brindbergs, avdelning Västra Götaland

Vårdförbundet har en skrift som heter Valprocessen där fokus ligger valberedningens arbete och om hur val går till. Innehållet i häftet bygger på hur valberedningen skall arbeta för att ta fram och föreslå en representativ styrelse eller kongressombud till kongressen

Idag ser vi en förändring av hur vi kan använda olika medier och kommunicera med medlem på ett helt annat vis än tidigare. Bara sedan kongressen 2008 har intåget av Facebook, ökat bloggande, twitter förändrat närhet till medlem. I häftet saknas det hur den nominerade skall göra när den är nominerad. Det finns ingen tydlighet på webben hur den nominerade skall förhålla sig till sin kandidatur eller hur en ev. valkampanj kan ges förutsättningar till. Det vi kan se är att de nominerade till styrelseuppdrag ges möjlighet till en presentation på webben.

Mitt förslag är att Vårdförbundet ger den nationella valberedningen ett uppdrag att omarbete Valprocessen, att den speglar vår samtid och tar hänsyn till att vi har nya sätt att kommunicera med medlem. Ge valberedningen möjlighet att diskutera och ev. ta fram ”spelregler” för de som är nominerade och ge samma förutsättningar för den som kandiderar till ett uppdrag.

Fakta/Bakgrund

Frågan om valprocessen fanns med även i idé/förslag/motion från kongressen 2008. Med kongresshandlingarna kommer den uppföljning som förbundsstyrelsen lämnar till alla de förslag som funnits med i Tema Vårdförbundet.

Förbundsstyrelsens yttrande

Se den återkoppling som förbundsstyrelsen lämnat på den likartade motionen från 2008

Förbundsstyrelsen bedömning är att det inte bara är den nationella valberedningen som ska involveras i det kommande arbetet.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att genomföra ett avgränsat projekt som ser över frågan om valprocessen.

Att i övrigt avslå motionen.

14. Valberedningen tar fram kandidater och de nominerade går ut med aktiva valkampanjer (2011)

Motionär: Nelum Berglund, avdelning Skåne.

Så långt man kan minnas har majoriteten av medlemmarna röstat på valberedningens förslag av kandidater till förbundsuppdrag. Orsaken till detta kan vara många. Några orsaker kan vara att medlemmar inte har tid, ork, intresse och/eller engagemang för att ta reda på människan bakom den lilla presentationen som läggs ut på webbplatsen. Eller så vet de inte ens var de kan söka informationen. Detta gör att de låter andra välja utan att reflektera över om dessa kandidater verkligen är lämpliga för just det specifika uppdraget.

Enligt stadgan; ”valberedningens uppdrag är att mellan kongresser/årsmöten/representantskap förbereda valen genom att ta fram och föreslå kandidater till olika uppdrag utifrån förbundets mångfald av individer och uppfattningar”. Samtidigt står det i stadgan att ”Alla människor har rätt att leva i ett samhälle som främjar hälsa och där demokratiska fri- och rättigheter råder. Individens delaktighet, integritet och säkerhet är grundläggande värden som vägleder oss som yrkesutövare och yrkesförbund. Rätten och möjlighet till delaktighet och medskapande i Vårdförbundet är vår styrka”.

Det går inte att undgå att känna till det faktum att majoriteten av våra medlemmar av förut nämnda skäl väljer valberedningens förslag. Att mot bakgrund av detta ha en valberedning som föreslår kandidater till de olika uppdragen ser jag därför inte som demokratiskt. Vi använder inte heller oss av individens delaktighet till fullo. Jag anser att genom att valberedningen föreslår kandidater som den anser är lämpliga, styrs valet åt det håll som valberedningen vill, medvetet eller omedvetet. Resultatet av valet blir med största sannolikhet precis enligt valberedningens förslag. Att valberedningen skall vara objektiv i sin bedömning är en förutsättning, men tyvärr är det svårt att alltid vara helt objektiv, eftersom vi alla är människor som är färgade av våra erfarenheter och normer och värderingar. Medvetet eller omedvetet styr ofta dessa värden hur vi handlar och fattar beslut.

För att minimera risken för partiskhet och för att öka styrelsens/förbundets trovärdighet inför medlemmarna ser jag därför att det är viktigt att ändra det nuvarande tillvägagångssättet som finns skrivet i stadgan.

Jag föreslår följande förslag till förändring i stadgan:

Att valberedningen endast tar fram kandidater.

Att de nominerade kandidaterna går ut med aktiva valkampanjer för att bli valda. På detta sätt får medlemmarna mer information om, och lär känna de kandidater genom en mer direkt kontakt. Medlemmarna får möjlighet att skaffa sig en uppfattning om vilka av de förtroendevalda som är duktiga och bör sitta kvar samt vilka nya medlemmar som skulle kunna passa i styrelsen.

Medlemmarna väljer själva vilka de anser vara lämpliga kandidater till olika uppdrag.

Fakta/Bakgrund

Frågan om valberedningens roll och former för val kommer att finnas med i förbundsstyrelsens uppföljning av Tema Vårdförbundet. I Vårdförbundet har det, utifrån det stadgecitat som nämns, varit så att det på kongress, representantskap och årsmöte i förtroende har valts en valberedning som har mötets uppdrag att ta fram ett eget förslag till ny styrelse och nya revisorer som presenteras på nästkommande kongress/årsmöte/representantskap.

På kongress, representantskap och årsmöte väljer de som finns på mötet bland alla de kandidater som finns när valet ska genomföras. Idag är det medlemmar som väljer på årsmöten medan det är ombud som väljer på representantskap och kongress. Hur kandidater till förtroendeuppdrag presenteras inför årsmöten och representantskap varierar idag mellan avdelningarna.

Inför kongressen 2011 har den nationella valberedningen tagit fram ett enhetligt format inför valen vid kongressen så att alla kandidater har möjligheter att presentera sig med en likartad förutsättning.

Förbundsstyrelsens yttrande

Vårdförbundet har sedan tidigare ett underlag som beskriver valprocessen och hur den aktivt kan bidra i den demokratiska processen. Ett förslag kan vara att frågeställningen beskrivs då skriften uppdateras.

Se i övrigt den återkoppling som förbundsstyrelsen lämnat på den motion om valprocessen från 2008

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att genomföra ett avgränsat projekt som ser över frågan om valprocessen.

Att i övrigt avslå motionen.

15. Hanteringen av motioner lagda till Vårdförbundets kongress (2011)

Motionär: Mimmi Höglom, avdelning Västmanland

I stadgan står, under grundläggande värderingar, att läsa: ”Rätten och möjligheten till delaktighet och medskapande i Vårdförbundet är vår styrka” Just den rättigheten; att känna delaktighet och känna att man som medlem är med och skapar Vårdförbundets politik, är en viktig del för många medlemmar. Det sporrar medlemmar till att skriva motioner, förslag och komma med idéer till kongresserna. Vårdförbundets organisation utgår från medlemmarna och i stadgan står det tydligt att medlemmarna ska ha stort inflytande i Vårdförbundets verksamhet. Medlemmen ska även ha möjlighet att medverka i den demokratiska processen som utvecklar organisationen. Öppenhet ska präglade Vårdförbundet.

Utifrån ovanstående är det viktigt att Vårdförbundet möter medlemmarnas motioner, förslag och idéer till kongresserna, med respekt och öppenhet. Normal praxis vid kongresser är att inkomna motioner/förslag/idéer läses igenom och genomarbetas samt att ett svar avges från förbundsstyrelsen. Detta inom rimlig tid innan kongressen startar. Under kongressen debatteras motionen/förslaget/idéen av kongressombuden i plenum. Därefter behandlas motionen/förslaget/idéen och beslut fattas om den ska bifallas, avslås eller anses besvarad av kongressen. Beslutet ligger sedan till grund för förbundsstyrelsens fortsatta arbete och för Vårdförbundets inriktning under kommande mandatperiod.

Det har dock förekommit vid tidigare kongresser att man har behandlat motioner på ett annat sätt och beslutat att till exempel att motionen överförs till utredning eller dylikt. Vad som sedan hänt med motionen/förslaget/idéen, har varit besvärande oklart. Det mesta verkar ha runnit ut i sanden och med det, även medlemmens möjlighet till inflytande. Det ska vara en självklarhet att Vårdförbundet på ett tydligt sätt visar hur handläggningen av inkomna motioner/förslag/idéer går till. Det ska även gå att följa en frågas beredning och att resultaten redovisas tydligt ut till organisationen.

Utifrån ovanstående yrkar styrelsen i Vårdförbundet avdelning Västmanland följande:

Att beredningen av motioner/förslag/idéer ska ske i förbundsstyrelsen, innan kongressen.

Att vid beredningen av motioner/förslag/idéer ska förbundsstyrelsen ge besked om de anser att motionen/förslaget/idéen ska bifallas, avslås eller anses besvarad.

Att förbundsstyrelsens svar görs tillgängliga för kongressombuden, senast ett år efter avslutad kongress.

Att motioner som överförs till utredning, eller likande, ska besvaras med ungefärlig tidsplan för utredningen samt hur och var resultatet av utredningen presenteras.

Att kongressen bifaller motionen i sin helhet och att Vårdförbundet kommer att arbeta enligt motionens yrkande.

Motionen är behandlad och antagen med justering, på Vårdförbundet avdelning Västmanlands extra årsmöte 2011 02 10 och ska sändas till Vårdförbundets kongress 5:e maj 2011.

Fakta/Bakgrund

Det finns olika praxis för hur föreningar väljer att hantera motioner på årsmöten/representantskap och kongresser. Vårdförbundet har de senaste kongresserna medvetet valt ett arbetssätt som ska anpassas efter de grundläggande värderingar som beskrivs i motionen.

De motioner som behandlas på Vårdförbundets kongresser brukar normalt beredas på olika sätt. Det ena är att det görs en beskrivning med fakta som gör att kongressombuden lättare ska kunna göra sina ställningstaganden. Ibland, men inte alltid så ger styrelsen också ett yttrande som innehåller ett förslag till beslut. Ibland har styrelsen önskat att det är kongressens samtal som leder fram till beslutet.

Oavsett om styrelsen har lämnat förslag till ställningstagande eller inte så är det kongressen som gör ställningstagande till om och i så fall hur en motion ska hanteras.

Normalt avgörs motioner vid kongress men ibland kan kongressen besluta att frågan behöver fortsatt utredning innan ställningstagande, återremiss. Det kan också ske bordläggning. Efter dialogen med kongressombuden valde kongressen 2008 att utifrån ett utredningsdirektiv låta ett stort antal idé/förslag/motion vara inspiration under hela kongressperioden i det som benämns Tema Vårdförbundet. De idéer/förslag och motioner som funnits med i Tema Vårdförbundet kommer att behandlas av kongressen 2011 med förslag till beslut.

Förbundsstyrelsens yttrande

En förändring som styrelsen tog ställning till under 2010 var att underlätta för medlem att komma med idéer och förslag året runt, utan att behöva invänta årsmöte, representantskap och kongress. Genom att förbättra vår kommunikation lokalt – nationellt ska fler medlemmar kunna få bättre beredning och svar. När det gäller idéer/förslag/motioner som ska behandlas av kongressen har förbundsstyrelsen självklart ett ansvar för beredningen av dessa.

Förbundsstyrelsen föreslår även fortsättningsvis få avgöra om och hur yttrande lämnas till kongressen. Förbundsstyrelsen ser inte att det viktigaste är att kongressombuden ska reagera på styrelsens yttrande utan det är istället att ta hand om den idé eller det förslag som medlem lämnat till kongressen. Exempelvis så innebär hanteringen av idé/förslag/motion som gäller Tema Vårdförbundet att styrelsen har valt olika när det gäller förslag; Idé/förslag/motion där styrelsen lämnar förslag till beslut som kan vara såväl bifall som avslag eller ett nytt förslag till beslut. Idé/förslag/motion som kongressen inte föreslår besluta om sakfrågan i

Om förbundsstyrelsen lämnar ett yttrande kring en motion så sker det till kongressombuden inför eller under en kongress, inte efter det att kongressen gemensamt gjort en bedömning och tagit ställning. Medlem ska få en återkoppling från kongressen när det gäller hur kongressen har tagit ställning.

När det gäller Tema Vårdförbundet tog kongressen 2008 ställning till ett utredningsdirektiv. I detta fall var det kongressperioden fram till 2011 som blev den yttersta gränsen för när ett besvarande senast skulle ske. Om det är så att kommande kongresser väljer att hantera motioner genom utredningar så är det bra att ta med de erfarenheter som nu finns.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå motionen.

16. Delad kongress (2011)

Motionär: Mimmi Höglom, avdelning Västmanland

Vart tredje år håller Vårdförbundet kongress. Kongressen är förbundets högst beslutande organ och många viktiga beslut tas utifrån motioner, idéer och förslag som kommer från medlemmarna. Dessa medlemmar är förbundets ryggrad och besluten som fattas stakar ut vägen mot visionen samt visar omvärlden styrkan hos våra professionella yrkesutövare.

Långt innan kongressen, sätter maskineriet igång med att arbeta med motionerna, idéerna och förslagen. Många medlemmar engagerar sig och har viljan att vara med och förändra. Avdelningsstyrelserna arbetar intensivt med motioner fram till årsmötet och uppmanar aktivt medlemmar att komma med förslag till kongressen. Kongressen ska vara även en mötesplats för utbyte av idéer, stimulera till diskussioner, debatter och knyta nätverk. En kongress ska vara en plats för pulserande stämning och med dynamik i besluten som resulterar i en gemenskap och framtidstro.

Med förvåning noteras att även kongressen 2011 är en delad kongress. Att dela upp en kongress är anmärkningsvärt ovanligt och medför en rad formella tveksamheter. Som en nödåtgärd kunde det anses befogat med en delad kongress under konfliktåret 2008. En delad

kongress bör endast genomföras under extrema omständigheter. Förvisso är det även avtalsrörelse 2011, men denna gång finns inte förutsättningarna till att det ska kunna utvecklas till en konflikt.

Att under normala omständigheter fortsätta att använda sig av nödåtgärden med delad kongress är mycket märkligt. Stadgan säger att kongressen ska vara avslutad den 31:a maj, vilket gör det hela ännu mera märkligt. Vi anser att en delad kongress gör att Vårdförbundet tappar fart och tappar i trovärdighet gentemot omvärlden. Utvärderingen av kongressen 2008, visade att majoriteten var för en sammanhållen kongress, där både personvalen och övriga frågor behandlas i anslutning till varandra. Trots det beslutade förbundsstyrelsen på att dela kongressen vilket var ett mycket olyckligt beslut.

Utifrån ovanstående yrkar styrelsen i Vårdförbundet avdelning Västmanland följande:

Att delad kongress endast ska hållas under extrema omständigheter.

Att kongressen bifaller motionen i sin helhet och att Vårdförbundet kommer att arbeta enligt motionens yrkande.

Motionen är behandlad och antagen i sin helhet på Vårdförbundet avdelning Västmanlands extra årsmöte 2011 02 10 och ska sändas till Vårdförbundets kongress 5:e maj 2011.

Fakta/Bakgrund

Februari 2010 skickades följande information till kongressombuden; ”Nu börjar vi förbereda oss för kongress 2011. Vår senaste kongress 2008 blev av olika skäl inte riktigt som vanligt. Det läge som uppstod i avtalsarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting gjorde att vi valde att ajournera kongressen. Verksamhetsberättelse, ansvarsfrihet och val av styrelse behandlades i maj medan arbetet med övriga områden fortsatte under hösten.

Att kongressen blev delad gav möjlighet att förbereda och att fortsätta kongressdialogen under en längre period. På kongressen enades vi om många frågor. Vi beslutade om en gemensam vision, politiska idéer inom flera olika områden, samt att genomföra en omfattande genomlysning av vår egen organisation.

Eftersom erfarenheterna av den delade kongressen blev goda har Förbundsstyrelsen efter samråd med Förbundsrådet beslutat att föreslå att en gång till prova att genomföra en kongress med två mötestillfällen. Vid första tillfället behandlas verksamhetsberättelse, ansvarsfrihet och val av styrelse. Ombuden får mötas och dialogen kring de politiska besluten kan börja. Genom att denna gång kunna planera i förväg så ökar möjligheten att resultatet blir ännu bättre.

Vi fortsätter en bred och aktiv dialog för att alla ska kunna vara med och bidra med sina idéer. Att på olika sätt ta hand om och bereda alla idéer som kommer in till förbundet är också en viktig del av processen inför kongressen. Arbetsprocesserna och beslutsprocessernas utformning på själva kongressen behöver också utvecklas, så att de blir så effektiva som möjligt och vi använder tiden på bästa sätt.”

Förbundsstyrelsens yttrande

Förbundsstyrelsen avsikt har varit att pröva om en uppdelad kongress kan ha så goda effekter så att det skulle kunna permanentas.

Erfarenheterna från 2011 måste utvärderas innan det går att göra en bedömning av detta. Den styrelse som väljs maj 2011 får ta ansvar för en utvärdering och fortsatt hantering. För att inte

föregripa de samtala som kommer att ske, bland annat genom förbundsrådet, så föreslås att motionen avslås.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå motionen.

17. Avdelningsstyrelser - gemensamt reglemente (2008)

Motionär: Avdelning Halland

Vårdförbundet ska uppfattas som ett förbund. Vi har sedan ett par år en gemensam budget. Medlemmar ska få ut det samma av sitt medlemskap avsett boendeort.

Idag finns ett antal riktlinjer för till exempel hur avdelningsstyrelserna ska hantera reseersättningar och arvode.

För att Vårdförbundet ska kunna bli ett förbund och för att det ska finnas tydlighet i organisationen, efterfrågar vi ett reglemente. Det vore klokt att samla riktlinjer och regler som gäller alla avdelningsstyrelser i ett reglemente, att ha allt samlat på ett ställe torde dessutom vara tidseffektivt i det långa loppet.

Innehållet i ett reglemente skulle kunna vara:

- Reseersättning
- Arvoden
- Gåvor
- Användandet av varumärket Vårdförbundet
- Valförfarande/fyllnadsval

Vi i Vårdförbundet avdelning Hallands styrelse yrkar att kongressen:

Fattar beslut om att skapa ett gemensamt reglemente för Vårdförbundets avdelningsstyrelser.

Återkoppling till kongressen 2011

Vi behöver utveckla arbetsformer och rutiner som underlättar utvecklingen till ett förbund. Samtidigt är det viktigt att detta får ske i en fortlöpande dialog så att det inte begränsar det som är möjligt och önskvärt att hantera och avgöra lokalt i en avdelning.

Frågan om reseersättningar och gåvor finns med bland de frågor där det nu pågår ett policyarbete som handlar ekonomirutiner. Andra frågor som ryms inom detta är representation och ersättning för utlägg.

När det gäller ”varumärket” så utvecklas gemensamma idéer och rutiner genom kommunikationsstrategin. Det finns nu exempelvis fler mallar som användas såväl nationellt som lokalt

Frågan om arvode finns med i separata förslag och motioner och hanteras i detta sammanhang.

Valförfarande vid fyllnadsval är en fråga av lite annorlunda art där det idag kan kännas mer främmande med riktlinje/reglemente. Det finns sedan tidigare en skrift som beskriver

valprocessen och en tanke kan vara att frågan om fyllnadsval beskrivs då skriften uppdateras efter den översyn som föreslås ske under kommande kongressperiod.

Förslaget innehåller frågor av olika karaktär men pekar på behovet av en fortsatt utveckling för att bli ett förbund. En del i detta är att ha fler gemensamma rutiner och riktlinjer.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

**Att uppdra åt Förbundsstyrelsen att säkerställa gemensamma riktlinjer avseende;
Resersättning**

Gåvor

Arvoden

Användande av varumärket

Att motionen i övrigt avslås.

18. Avdelningsstyrelser – arvoden (2008)

1. Motionär: Katarina Gärdström, Gävleborg

Motion ang. arvoden till avdelningsstyrelser

Det har i flera avdelningar inom Vårdförbundet genom åren diskuterats arvodens vara eller icke vara för de förtroendevalda styrelserepresentanterna. Detta har lett till att flera av avdelningarna har valt att inte besluta om arvoden, men lika många avdelningar via årsmöten/representantskap har beslutat om att det ska utgå arvode till ledamöterna.

Efter många års diskuterande har nu Vårdförbundet blivit ett ekonomiskt förbund, ett kongressbeslut från 2005. Utifrån detta tog förbundsstyrelsen ett beslut, som innebär att varje avdelning har fått ett begränsat utrymme för arvodets totala utrymme, 1 ½ prisbasbelopp.

Vårdförbundets medlemmar är som vi vet, felavlönade. Utifrån detta tycker jag det är konstigt att man som förbund anser att det massiva arbetet alla lokala styrelser utför, inte är mer värt. Uppdraget som förtroendevald skapar mycket obetalt arbete och är tidskrävande. Det är numera svårt att rekrytera nya förtroendevalda på arbetsplatserna samt till de lokala avdelningarna. Därför anser jag som både revisor och ”gammal” styrelseledamot, att Kongressen tar beslut om ett större utrymme för arvoden i de lokala avdelningarna.

Varje avdelning ser ju naturligtvis olika ut, allt från sju ledamöter till elva.

- Sju ledamöter ? 1 ½ prisbasbelopp
- Nio ledamöter ? 1.75 prisbasbelopp
- Elva ledamöter ? 2 prisbasbelopp

Yrkande: En höjning av det maximerade belopp för arvoden, till 2 prisbasbelopp.

2. Motionär: Avdelning Dalarna

Motion till Vårdförbundets kongress 2008 Angående utökat arvode till styrelsemedlemmar.

Förbundsstyrelsen har lagt riktlinjer för avdelningarna att besluta om arvoden till lokala styrelsemedlemmar. Idag är arvodet begränsat till 1,5 prisbasbelopp. Avdelning Dalarna önskar att detta utrymme utökas så att fler styrelsemedlemmar får ett större arvode. I dagsläget är det ordförande och vice ordförande som arbetar heltid fackligt som får det mesta

och det är helt förståeligt, men många styrelseledamöter som också arbetar kliniskt märker att man tappar utveckling, i viss mån kompetens och i konsekvensens namn löneutveckling då man inte har möjlighet att visa sin kapacitet i sitt arbete. På många arbetsplatser ser arbetsgivaren inte fördelarna med de kunskaper vi har som sitter på avdelningsnivå. En förtroendevald på arbetsplatsen kan arbetsgivaren bedöma. Vi vet att ett antal ledamöter har uttryckt att de slutar som facklig förtroendevald för att istället satsa på sitt arbete då de inte har råd att avstå löneutvecklingen. Många styrelseledamöter avstår från att söka tjänster när arbetsuppgifterna inte är förenliga med att vara borta så mycket som det fackliga arbetet kräver. Det är inte lätt att hävda förtroendemannalagen i ett individuellt lönesystem.

Styrelsen avdelning Dalarna föreslår kongressen besluta att
Det totala arvudet till en avdelningsstyrelse ska vara mellan 0 – 2,5 prisbasbelopp per år.

Återkoppling till kongressen 2011

Förbundsstyrelsen fick i uppdrag av kongressen 2005 att ta fram en gemensam rutin för arvoden för avdelningsstyrelser. Förbundsstyrelsen fastställde 2006 riktlinjer vilket innebär att arvodering kan ske med 0,5-1,5 basbelopp per avdelningsstyrelse och år inkluderat avdelningens förtroendevalda revisorer.

Detta har rapporterats och har godkänt förbundsstyrelsens rapport.
För att se effekter och konsekvenser behöver den nuvarande modellen utvärderas.
Utvecklingen kan följas i såväl budget som verksamhetsberättelser och nya ställningstagande bör ske utifrån de erfarenheter vi får. Beslut om ramar för avdelningsstyrelsens arvoden föreslås även fortsättningsvis blir en uppgift för förbundsstyrelsen och förslagen därmed anses besvarade.

Till kongressen 2008 gavs en redovisning där det beskrevs storlek och fördelning av arvoden för respektive avdelning 2005 och 2007.

Beslutet från 2006 innebär att arvodering kan ske med 0-1,5 basbelopp per avdelning. Det saknas idag samlad analys för att bedöma på vilka grunder som dagens lokala beslut grundas. När det gäller nivån så är den uteslutande mellan 1-1,5 basbelopp.

2005 uppgick summan arvoden till cirka 1,2 Mkr, sociala avgifter tillkommer.
2007 uppgick summan arvoden till cirka 1,1 Mkr, sociala avgifter tillkommer.

En uppföljning av de arvodesutbetalningar som gjorts för 2010 visar att dessa kvarstår i de nivåer som beräknades 2005 och 2007.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att kongressen ger förbundsstyrelsen i uppdrag att utvärdera rådande beslut om arvodering för avdelningarnas styrelser och lokala revisorer och vid behov omprövar de riktlinjer som gäller.

Att avslå förslagen.

19. Avdelningarnas It-tekniska verktyg anpassas efter lokala behov (2008)

Motionär: Avdelning Västra Götaland

Motion om att avdelningars It-tekniska verktyg anpassas efter lokala behov.

Vårdförbundet är en organisation i ständig utveckling. Vi följer samhällets färdriktning mot mera It-baserad kommunikation, både internt men också externt mot samhälle, politiker och medborgare. It-teknik och möjligheter att kommunicera via mail, hemsida och andra webbsidor har blivit ett allt viktigare verktyg för Vårdförbundets förtroendevalda och anställda.

Vårdförbundet utvecklar sin egna interna och externa kommunikation samt hantering av dokument i allt större utsträckning digitalt. Exempel på det är kravet på åtkomst till mail, hemsida, Min sida samt det nyutvecklade digitala arkivet Hitta.

Som förtroendevald i lokal avdelningsstyrelse är kravet stort och skall så vara på tillgänglighet både via personliga möten men också digitala mötesplatser. Utveckling och inköp av It-tekniska verktyg har av Vårdförbundet inte anpassats till de krav som vi idag som organisation ställer på förtroendevalda i lokal avdelningsstyrelse. Krav finns på tillgänglighet - internt i vår organisation, från medlemmar, interna och externa nätverk samt samarbetspartner, via mail, hemsida, min sida och externa hemsidor. Bristen på datorer och tillgänglighet till Internet blir ett allt större problem lokalt för att kunna verka i sitt uppdrag.

Vårdförbundet avdelning Västra Götaland yrkar på

att Vårdförbundet centralt inventerar behovet av lokala avdelningars It-tekniska verktyg dvs datorer och Internet samt

att dessa It-verktyg anpassas efter lokala avdelningsbehov så att förtroendevalda och anställda kan verka i sitt uppdrag.

Återkoppling till kongressen 2011

Inom Vårdförbundet sker det en fortlöpande utveckling av de verktyg som behövs nationellt och lokalt. Sedan kongressen 2008 har det skett en uppdatering av datorer som Vårdförbundet tillhandahåller.

Förmågan och möjligheten att hantera en allt större mängd digitalt material utvecklas.

Den nya webben är navet för Vårdförbundets kommunikation och ska svara mot en stor del av det behov som Förtroendevalda och andra medlemmar har. Webben är även ett verktyg för Vårdförbundets medarbetare. Undervåren 2011 ska Vårdförbundets intranät utvecklas.

När det gäller att tillhandahålla datorer och annan teknik är det olika förutsättningar när det gäller medarbetare och förtroendevalda. Många förtroendevalda har eller bör kräva tillgång till sådan utrustning av den arbetsgivare de är anställda hos. När det gäller de datorer m m som Vårdförbundet tillhandahåller till de förtroendevalda så är det föremål för många olika synpunkter, där en aspekt är att de lokala avdelningarna har olika förutsättningar, men också olika arbetssätt.

Inventering och hantering av de gemensamma verktygen sker fortlöpande. Detta är gemensamma angelägenheter som vi måste ha bra rutiner för även om enighet inte alltid kan

uppnås. Den gemensamma budgetprocessen i förbundet är viktig för att säkerställa att vi använder våra resurser på bästa sätt.

För förtroendevalda kommer steg för steg mer stödmaterial att finnas tillgängligt på webbplatsen, bakom inloggning. Ytterligare verktyg/kommunikationskanaler för förtroendevalda kommer att påbörjas när intranätet för medarbetare/lokala avdelningsordförande är klart.

Att inventera behov samt planera är en årligen återkommande aktivitet i verksamhetsplanering.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att bifalla förslaget.

20. Vårdförbundet utvecklar IT (2011)

Motionär: Ola Sjöholm avdelning Västra Götaland

Vårdförbundet har idag en intern IT organisation som ansvarar för drift, underhåll, support, hårdvara och viss mjukvara inom organisationen. Vårdförbundet är en facklig organisation och ett yrkesförbund. Utvecklingen inom Data och IT går snabbt framåt och nya tekniska lösningar samt mjukvara och hårdvara blir snabbt omodernt. För att Vårdförbundet skall kunna följa med i den IT tekniska utvecklingen och anpassa sina system och datakommunikationsvägar, infrastruktur m.m krävs en hög kompetens inom området. Frågan är om Vårdförbundet som organisation själva är tillräckligt stora för att tillhandahålla en egen IT-organisation med tekniker, programmerare samt all hårdvara som till detta tillhör, eller om vi som förbund kanske når en högre effektivitetsgrad om vi köper denna kunskap och hårdvara hos en extern leverantör. I ett led att utveckla förbundet och använda tillgängliga resurser på bästa sätt nu och i framtiden önskar jag att Vårdförbundet utreder fördelar och nackdelar med att behålla nuvarande IT struktur samt att utreda vad fördelar och nackdelar med en extern leverantör kan betyda i effektivitet, ekonomi och möjligheter.

Fakta/Bakgrund

Vårdförbundets verksamhet förutsätter ett administrativt IT-stöd som är tillgängligt 24 timmar om dygnet och som kontinuerligt utvecklas. Tekniken och IT-tjänsterna utvecklas i snabb takt och idag är det inte tekniken som sätter begränsningarna, utan snarare vår förmåga att anpassa beteende och arbetssätt till de nya möjligheter som IT-tekniken erbjuder. Detta ställer stora krav på de IT tjänster som Vårdförbundet tillhandahåller.

Idag ansvarar Vårdförbundets egen organisation och medarbetare för IT-tjänsterna – infrastruktur, drift och support – och för utveckling ansvarar en intern projektledare och externa konsulter. Arbetet har bedrivits på detta sätt under många år och kansliet planerar att under 2011 påbörja en genomgång och analys av IT-verksamheten utifrån framtida behov och önskemål, samt hur verksamheten bör bedrivas.

Förbundsstyrelsens yttrande

Det arbete som ska påbörjas under året bör även beakta de aspekter som motionären tar upp.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att bifalla motionen.

21. Tekniska verktyg till förtroendevalda i avdelningsstyrelserna (2011)

Motionär: Ledamöterna i avdelningsstyrelserna från Avdelning Västra Götaland, Dalarna, Halland, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Uppsala, Värmland, Västmanland och ordinarie kongressombud i Avdelning Västerbotten.

Vårdförbundet är en organisation i ständig utveckling. Vi följer samhällets färdriktning mot en mer IT-baserad kommunikation internt och externt mot samhället, politiker och medborgare. IT-teknik och möjligheter att kommunicera via mail, hemsidor och sociala medier har blivit ett allt viktigare verktyg för Vårdförbundets förtroendevalda.

Vårdförbundet har arbetat de senaste åren med att utveckla hemsidan och kommunikationen på nätet både externt och internt och detta har medfört att fler dokument kommer ut i digital form till de förtroendevalda. En stor mängd dokument är till för att kunna användas vid medlemsmöten eller utbildningstillfällen för förtroendevalda. Detta gör att kravet på att kunna använda den nya tekniken och åtkomsten till mail, hemsidan, Minsida samt digitala arkivet Hitta ökar och de förtroendevalda i avdelningsstyrelserna blir mer och mer beroende av att komma åt de digitala dokumenten vid dessa möten.

Som ledamot i en avdelningsstyrelse är kravet på tillgänglighet hög och skall vara tillgänglig både vid personliga möten men också digitala mötesplatser. Många förtroendevalda har idag långa resvägar till möten och för att kunna utnyttja tiden bättre hade det varit ypperligt att kunna finnas tillgänglig både via dator och mobil. Fler och fler medlemmar kontaktar förbundet genom hemsidan med frågor och vill ha svar via mailen.

Inköp av tekniska verktyg så som mobil, dator och internet uppkoppling till styrelseledamöterna skulle kunna göra vårt uppdrag och arbete mycket mer enkelt men också mer effektivt. Det skulle också bidra till ett mer hållbart samhälle då vi slipper att dra ut allt material som overhead och dokument.

Idag är bristen på datorer med internet uppkoppling och mobiler stort problem lokalt och en kartläggning över vilka resurser de förtroendevalda i avdelningsstyrelserna behöver göras snarast.

Ledamöterna i avdelningsstyrelserna från Avdelning Västra Götaland, Dalarna, Halland, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Uppsala, Värmland, Västmanland och ordinarie kongressombud i Avdelning Västerbotten yrkar på:

Att Vårdförbundet inventerar behovet av lokalavdelningarnas tekniska verktyg såsom datorer och mobiltelefoner

Att dessa verktyg anpassas efter avdelningarnas behov så att förtroendevalda kan verka effektiva i sina uppdrag

Fakta/Bakgrund

Motionen beskriver den snabba takt som tekniken och IT-tjänsterna utvecklas, vilket också ställer krav på att se över dagens arbetssätt. Behovet av stöd för att kunna genomföra uppdraget i avdelningsstyrelsen är en angelägenhet för den egna organisationen.

En inventering av lokalavdelningarnas samlade behov måste kunna identifiera skillnad mellan detta och;

Behov som är kopplat till uppdrag som styrs av förtroendemannaregler (arbetsgivar- arbetstagarfrågor) där krav kan ställas på att det är arbetsgivaren som ska tillhandahålla arbetsverktyg.

Behov som kopplat till medlemskapet och som inte har direkt koppling till förtroendeuppdrag.

Det är idag sällan de tekniska möjligheterna som begränsar utvecklingen av nya verktyg.

Förbundsstyrelsens yttrande

Förbundsstyrelsen delar beskrivningen av det finns behov i avdelningsstyrelserna som behöver inventeras och därefter hantera utifrån en gemensam policy.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att inventera och därefter utforma en gemensam policy för att tillgodose det behov av tekniska verktyg såsom datorer och mobiltelefoner som Vårdförbundet ska tillhandahålla till avdelningsstyrelser.

Att motionens att-satser avslås.

22. Utvecklat ledarskap inom Vårdförbundet (2011)

Motionär: Mimmi Höglom, avdelning Västmanland

Vårdförbundet har som mål att finnas med och delge våra budskap i de frågor som rör hälso- och sjukvården i Sverige. Vårdförbundet uttrycker sig bland annat om att sträva mot ett "...modigt ledarskap som vågar vända på vårdens system...". För att klara av att nå fram till de målen, krävs starka styrelser, medlemmar och förtroendevalda, som litat till sig själva och som är väl förankrade i sitt eget personliga ledarskap.

Ledarskap och kunskapen om ledarskapsfrågor är en central del i att göra förändringar i sin omvärld, oavsett vilket område jag verkar i. I utbildningen av våra yrkesgrupper har det till dags dato, inte förmedlats kunskap om ledarskapsfrågor, i den omfattning som är nödvändigt för att våra medlemmar ska känna sig starka i sin ledarroll. Våra medlemmar har fått klara sig själva efter bästa förmåga och förhoppningsvis kunnat skaffa sig användbar erfarenhet för att hantera exempelvis negativ gruppdynamik på en arbetsplats.

Att inte ha goda kunskaper i ledarskap gör våra yrkesgrupper sårbara. Vårdförbundets yrkesgrupper har behovet av att kunna stå starka och kunna skydda oss själva när vi blir hårt ansatta. Vi behöver utbilda våra förtroendevalda och medlemmar i personligt ledarskap, så att de orkar hävda professionen, lagar och avtal. Så att de vill vara kvar i våra yrken och orka arbeta fram till pension.

Ett gott ledarskap är inget man föds med, det är bara övning som ger det. Alla kan lära sig det, men det kräver att man ständigt jobbar på det. Det går inte att lära sig en gång och aldrig mer, det måste ständigt hållas vid liv. För ledarskap är medvetenhet. Redan idag finns möjligheten för lokalavdelningarna att utbilda styrelser, medlemmar och förtroendevalda i ledarskapsfrågor. Dock är det väldigt varierande i hur stor medvetenhet som finns i ledarskapsfrågor, bland de olika lokalavdelningarna. Här anser jag att Vårdförbundet skulle tjäna på att en sammanhållen strategi kring hur ledarskapsfrågorna ska hanteras inom förbundet. Om Vårdförbundet, både dess medlemmar och dess förtroendevalda, ska kunna vara med och både driva professionen och vården framåt krävs att de är väl förankrade i sitt ledarskap.

Utifrån ovanstående yrkas med bestämdhet följande:

Att Vårdförbundet aktivt börjar arbeta med att ta fram en tydlig nationell ledarskapsplattform för organisationen.

Att Vårdförbundet aktivt börjar arbeta med att ta fram en strategi för att utbilda styrelser och förtroendevalda i personligt ledarskap.

Att Vårdförbundet aktivt börjar arbeta med att påverka i de forum, som Vårdförbundet finns representerade i och som handhar våra professioners grundutbildningar, i att införliva kurser med personligt ledarskap i dessa utbildningar.

Att Vårdförbundet aktivt arbetar med att utveckla en utbildning med personligt ledarskap för våra medlemmar.

Att Vårdförbundet avdelning Västmanlands extra årsmöte 2011, antar motionen i sin helhet och sänder den vidare till Vårdförbundets kongress 2011.

Att Vårdförbundets kongress 2011, antar motionen i sin helhet och skyndsamt börjar arbeta för att genomföra motionens intentioner.

Motionen är behandlad och antagen med viss justering på Vårdförbundet avdelning Västmanlands extra årsmöte 2011 02 10 och ska sändas till Vårdförbundets kongress 5:e maj 2011.

Fakta/Bakgrund

I motionen beskrivs såväl betydelse som komplexitet när det gäller frågan om ledarskap;

För yrkesutövaren/ medlemmen

För teamet/arbetsplatsen och vårdmiljön

För förtroendevalda inom Vårdförbundet bland annat styrelser.

Vårdförbundet har efter kongressen 2008 en idé om vårdens ledarskap. Denna idé är en beskrivning som inte enbart handlar om de som i en formell mening är chefer inom vården utan berör alla som är ledare med anknytning till vården. Ett personligt ledarskap kan också ses som en del av att vara en profession.

Att vara ledare i Vårdförbundet innebär ett ”idéledarskap” som har många likheter med ledarskap i allmänhet, men som också innehåller det speciella i att leda i en medlemsorganisation som utgår från idéer.

Under 2010 har förbundsstyrelsen påbörjat samtalet om vilket ledarskap som kommer att krävas inom Vårdförbundet för att kunna leda organisationen i framtiden. En utgångspunkt för detta är de idéer och de förslag som nu finns när det gäller kvalitetskriterier för framtida organisering. I samband med den nationella mötesplatsen mars 2011 breddas samtalet så att det innefattar fler ledare inom Vårdförbundet.

Den ledarskapsutveckling som idag erbjuds avdelningsstyrelser bygger på att det är styrelsen som helhet som ska utöva ett ledarskap och handlar till stor del om idé, uppdrag och

organisering. Under senare tid har det också tillkommit ett mer individuellt inslag genom att deltagarna även ska arbeta med ett personligt förbättringsarbete.

Exempel på ämnesområden som allmänt har ett samband med ledarskap är; sociologi, pedagogik, samhällskunskap.

Exempel på en förenklad kompetensbeskrivning som kan ha betydelse för samtal om att utöva ett personligt ledarskap kan vara;

- Att kunna
- Att vilja
- Att våga

Förbundsstyrelsens yttrande

Förbundsstyrelsen delar motionärens beskrivning av den stora betydelse som ledarskapet har för individ, vård och Vårdförbundet.

I den uppföljning som förbundsstyrelsen gör av Tema Vårdförbundet finns även frågan om Vårdförbundets ledarskap med. Förslaget är att kommande organisations- och ledarskapsdiskussionen även ska utgå från de kvalitetskriterier som föreslås för framtida organisering. Det samtal som nu har påbörjats om ledarskapet i Vårdförbundet ska fortsätta men det är ännu för tidigt att se vad som kan bli förväntat resultat. Det är först i ett läge då vi har en mer gemensam bild av vad vi egentligen menar med begrepp som ledarskap och personligt ledarskap som det finns förutsättningar att bedöma vad det är Vårdförbundet ska erbjuda mer generellt när det gäller utbildnings – och utvecklingsinsatser.

Redan idag finns det i utbildningarna för våra yrken ämnesinnehåll som är relevant för utveckling av ett personligt ledarskap, beroende på vilken innebörd som läggs i detta begrepp. Förbundsstyrelsen delar allmänt bedömningen av att frågor om team och ledarskap samt det specifika med vårdens ledarskap behöver uppmärksammas.

Vårdförbundet som idé bygger på att medlemmar organiserar sig för att kunna påverka gemensamt men också individuellt. Det handlar om att tillhandahålla kunskap, men också om att i samtal utveckla viljan och metoder för att påverka och i detta ligger att stödja fler till att ”våga” agera .

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att aktivt fortsätta det samtal om Vårdförbundets framtida ledarskap som har påbörjats och att utifrån resultatet av dessa samtal utarbeta en strategi för utveckling av ledarskapet för förtroendevalda.

Att avslå motionen i sin helhet.

23. Plattform för förtroendevald på arbetsplatsen (2008)

Motionär: Avdelning Stockholm

För att utveckla Vårdförbundet som ett förbund krävs en gemensam plattform för rollen som förtroendevald på arbetsplats.

Rollen för förtroendevald på arbetsplats har förändrats de senaste åren och gått alltmer från att vara den som företräder medlemmen till den som stöttar och coachar medlem. I vissa lägen

finns rollen som den som företräder medlemmar kvar men till stor del har rollen förändrats. Det är viktigt att tydliggöra den förtroendevaldas roll i löneprocessen eftersom rollen när det gäller löner på de flesta arbetsplatser förändrats avsevärt och ser olika ut.

Vårdförbundet har haft skriften "Företrädaren" som ett dokument att diskutera utifrån när vi tillsammans i dialog ska definiera rollen. Skriften har utgått i och med att den till delar är inaktuell. Icke desto mindre finns behovet av en plattform som utgångspunkt för diskussionerna kvar.

Ett av Vårdförbundets viktiga och svåra uppgifter framöver är att synliggöra och stärka det "nära facket" och stärka förtroendevalda och medlemmar att kunna ta diskussioner om meningen med föreningen och varför man ska vara med i Vårdförbundet. Ett av verktygen i dessa diskussioner skulle kunna vara en plattform som beskriver uppdraget och rollen som förtroendevald på arbetsplatsen.

Avdelning Stockholm yrkar

Att Vårdförbundet ska ta fram en plattform som beskriver rollen som förtroendevald på arbetsplatsen.

Att en arbetsgrupp bestående av förtroendevalda ska bildas för detta arbete.

Återkoppling till kongressen 2011

Rollen och uppdraget som förtroendevald kommer att behöva beskrivas på nytt nu när beskrivningen av Vårdförbundet idé och organisation har formulerats för framtiden.

Bland annat genom arbetsgruppen Tema Vårdförbundet som beskriver medlemskapet ur medlemmens perspektiv blir det tydligt att uppdraget som förtroendevald måste definieras såväl ur ett organisatoriskt perspektiv som ur medlemsperspektiv. För det kommande arbetet är det viktigt att bägge dessa perspektiv blir beaktade.

Rollen för den förtroendevalda på arbetsplatsen behöver klargöras och beskrivas på nytt. Detta behöver ske i ett bredare perspektiv än det som beskrivs i förslaget och det är viktigt att medlems perspektiv blir beaktat.

Under 2011 påbörjas ett fördjupat samtal när det gäller det framtida ledarskapet inom Vårdförbundet. I detta finns även frågan om rollen för den förtroendevalda på arbetsplatsen. Resultatet från den nationella mötesplatsen 1-2 mars pekar på att det kommer att behövas tid och utrymme den kommande perioden för detta viktiga samtal.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att rollen för förtroendevald på arbetsplatsen ska prövas i fortsatta arbetet och därefter beskrivas.

Att motionen i övrigt avslås.

24. Hur blir det attraktivt att vara förtroendevald i Vårdförbundet? (2011)

Motionär: Erik Johansson Hjorth, avdelning Örebro

Förtroendevalda på arbetsplatser känner sig ofta ensamma och utsatta i sin roll. Uppdraget framstår inte som attraktivt och det är svårt att rekrytera förtroendevalda. Hur kan de förtroendevalda vara trygga och starka i sin roll?

Vi föreslår att Vårdförbundet arbetar vidare med att göra rollen som förtroendevald mer attraktiv och lockande med ett tydligt fokus på att det är en ledarroll det handlar om. Ett förbund - en gemensamt utformad strategi för vad det innebär att vara förtroendevald ledare i Vårdförbundet. En arbetsgrupp - tankesmedja á la Tema Vårdförbundet med en öppen inbjudan till alla medlemmar kan vara en tänkbar väg att arbeta vidare med denna strategiskt viktiga framtidsfråga.

Fakta/Bakgrund

Med kongresshandlingarna kommer den uppföljning som Förbundsstyrelsen lämnar till alla de idéer/förslag/motioner som funnits med i Tema Vårdförbundet och där kommer det också att finnas förslag om fortsatt arbete med frågan om uppgifter för förtroendevalda. Den arbetsgrupp som lämnade förslag om det framtida medlemskapet (inom Tema Vårdförbundet) visade också på behovet av att arbeta vidare med dagens struktur för förtroendevalda på arbetsplatsen;

<https://www.vardforbundet.se/Agenda/Aktuellt/Arbetsgruppen-har-overlamnat-sitt-forslag-om-medlemskapet/>

Förbundsstyrelsens yttrande

Under 2011 påbörjas ett fördjupat samtal när det gäller det framtida ledarskapet inom Vårdförbundet. I detta finns även frågan om rollen för den förtroendevalda på arbetsplatsen. Resultatet från den nationella mötesplatsen 1-2 mars pekar på att det kommer att behövas tid och utrymme den kommande perioden för detta viktiga samtal.

Ett sätt att göra uppdraget som förtroendevald mer attraktivt är exempelvis att utarbeta gemensamt utbildningsmaterial som kan användas av medlemmar på arbetsplatsen

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att rollen för förtroendevald på arbetsplatsen ska prövas i fortsatta arbetet och därefter beskrivas.

25. Företrädarplattform 2011 (2011)

Motionär: Susanne Björkman, avdelning Stockholm

Många arbetsplatser saknar idag förtroendevalda på arbetsplatsen av olika skäl. Ett är det hårdnande arbetsklimatet och ett annat är att tiden för att bedriva fackligt arbete är starkt begränsat. Den förtroendevaldas roll och ansvar upplevs som otydlig av många medlemmar och förtroendevalda. En plattform för att återupprätta den förtroendevaldas status behövs idag och inte imorgon. Den ska tydligt ange vilka mandat och befogenheter som ingår i uppdraget och stärka den förtroendevaldas ställning på arbetsplatsen.

Fakta/Bakgrund

Frågan om en ny företrädarplattform fanns med till kongressen 2008. Med kongresshandlingarna kommer den uppföljning som Förbundsstyrelsen lämnar till alla de idéer/förslag/motioner som funnits med i Tema Vårdförbundet och där kommer det också att finnas förslag till plan för fortsatt arbete med frågan om uppgifter för förtroendevalda.

I det nationella ramprogram som idag finns för utbildningen för förtroendevalda på arbetsplatsen beskrivs uppdraget; Vårdförbundet ska vara medlemmens plattform för att själv påverka och förbättra vården och utveckla yrket. Den förtroendevalda på arbetsplatsen ger råd, vägledning och aktuell information, tar egna initiativ och inspirerar medlemmarna att agera själva. Förtroendevalda på arbetsplatsen möter medlemmarna för att tillsammans med medlemmarna utveckla idéer om hur individen, yrket och vårdmiljön ska utvecklas.

En viktig uppgift för de förtroendevalda är att skapa förutsättningar för delaktighet och medskapande för varje medlem och tydliggöra medlemmens egen rätt. Förtroendevalda på arbetsplatsen har också i uppdrag att ha kontakt med arbetsgivaren och vid behov företräda medlemmen. För detta uppdrag krävs orientering kring arbetsrätt, hälso- och sjukvårdsrätt samt fackets ansvar och möjligheter.

Förbundsstyrelsens yttrande

Rollen och uppdraget som förtroendevald kommer att behöva beskrivas på nytt nu när beskrivningen av Vårdförbundet idé och organisation har formulerats för framtiden.

Bland annat genom arbetsgruppen Tema Vårdförbundet som beskriver medlemskapet ur medlemmens perspektiv blir det tydligt att uppdraget som förtroendevald måste definieras såväl ur ett organisatoriskt perspektiv som ur medlemsperspektiv. För det kommande arbetet är det viktigt att bägge dessa perspektiv blir beaktade.

Rollen för den förtroendevalda på arbetsplatsen behöver klargöras och beskrivas på nytt. Detta behöver ske i ett bredare perspektiv än det som beskrivs i förslaget och det är viktigt att medlems perspektiv blir beaktat.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att rollen för förtroendevald på arbetsplatsen ska prövas i fortsatta arbetet och därefter beskrivas.

Att motionen i övrigt avslås.

26. Stärka de förtroendevalda i sitt uppdrag (2011)

Motionär: Avdelning Halland

För att behålla och utveckla styrkan i Vårdförbundet som organisation anser vi att det krävs en medlemsnärvaro samt trygga och kunniga förtroendevalda på varje arbetsplats. Detta oavsett arbetsgivare eller organisationsuppbyggnad. Tryggheten och kunskapen ligger i att veta vart man kan vända sig för stöd och handräckning tillsammans med rätt redskap.

Då arbetsmiljön blir allt tuffare och arbetsklimatet hårdnar måste vi vara med och påverka för en positiv förändring på varje unik arbetsplats. Det handlar också om ställningstaganden inom våra professioner, genom att stärka varandra på en arbetsplats kan vi ta plats och vinna mark i frågor som ger möjligheten till en värderingsförändring och agera fullt ut som auktoriteter.

Vi anser att utbildning, utveckling och nätverkande är några av de viktigaste aspekterna för att stärka förtroendevalda, man ska aldrig behöva känna sig ensam eller utsatt som en förtroendevald. Det ska vara en självklarhet att de förtroendevalda ges samma möjlighet för sitt fackliga uppdrag oavsett var man befinner sig. Vi anser även att alla medlemmar och

förtroendevalda ska ha smidiga och lätthanterliga redskap, t.ex. e-post, hemsidan, kontaktvägar osv. När arbetsmiljön och då framförallt det snabba tempot är som det är, måste det vara snabbt och enkelt att hitta det som man behöver när man behöver det. Det ska också vara en självklarhet att det finns förtroendetid för att kunna agera utifrån sitt uppdrag.

Vårdförbundet avdelning Halland yrkar att:

- alla förtroendevalda oavsett arbetsgivare eller avdelningstillhörighet får samma möjlighet till utbildning och utveckling, en nationell utbildningsplan.
- det ska finnas tidsutrymme på varje arbetsplats för de förtroendevalda att kunna agera utifrån sitt uppdrag
- nationella nätverk bildas för förtroendevalda på arbetsplatsen.
- vi får tydliga och lätthanterliga redskap, lättillgänglig hemsida med ett snabbt och lätt inloggningssystem som t.ex. via personnummer samt lätthanterligt söksystem för att hitta de rätta kontaktvägarna och rätt material.

Vi yrkar på att motionen behandlas på kongressen 2011 och att kongressen bifaller motionen i sin helhet.

Fakta/Bakgrund

Det finns idag ett nationellt ramprogram för den utbildning som finns för förtroendevalda på arbetsplatsen. Utifrån denna ram planerar lokala avdelningar genomförandet av utbildningar och delger varandra erfarenheter. Till hösten 2010 planeras på nytt ett gemensamt (fysiskt) möte som alla avdelningar ska inbjudas till. Det finns idag ingen samlad bild av om alla förtroendevalda oavsett arbetsgivare eller avdelningstillhörighet får samma möjlighet till utbildning och utveckling.

Det kommer att bli aktuellt att ompröva det nationella ramprogrammet utifrån framtida konsekvenser av hur rollen påverkas av utvecklingen för framtida organisering och ledarskap. Tidsutrymme för de förtroendevalda att kunna agera utifrån sitt uppdrag på varje arbetsplats påverkas av flera faktorer;

- Rätten till ledigheten utifrån lagstiftning och avtal och andra överenskommelser som träffas lokalt
- Planeringen på arbetsplatsen för samverkan, inflytande och delaktighet
- Ersättningsfrågan; lön, ersättning för förlorad arbetsförtjänst, fritid
- Stöd från de medlemmar som valt den förtroendevalda
- Egen motivation och egen bedömning av möjlighet att använda de rättigheter som finns för uppdraget

Enligt Vårdförbundets kommunikationsstrategi är webben navet för all kommunikation och ska därmed också vara ett bra stöd för de förtroendevalda på arbetsplatsen. Genom den nationella webben finns möjlighet att bilda nätverk i såväl öppna som slutna grupperingar. Många medlemmar och förtroendevalda använder sig av denna möjlighet. Det finns idag över 5000 förtroendevalda.

Förbundsstyrelsens yttrande

Till kongressen lämnar styrelsen förslaget att rollen för förtroendevald på arbetsplatsen ska prövas i fortsatta arbetet och därefter beskrivas. För att inte föregipa resultatet av dessa samtal föreslår styrelsen att kongressen inte beslutar i enskilda delar. Styrelsen väljer dock att ge sina kommentarer till de olika förslagen i motionen.

Förslaget att ” – alla förtroendevalda oavsett arbetsgivare eller avdelningstillhörighet får samma möjlighet till utbildning och utveckling, en nationell utbildningsplan.” bedömer styrelsen som ett viktigt mål. Det kommer dock att förutsätta kartläggning och beslut om vad som ska vara är norm och vad som är likvärdigt. Detta bedöms inte kunna ske innan 2012

Förslaget att ”– det ska finnas tidsutrymme på varje arbetsplats för de förtroendevalda att kunna agera utifrån sitt uppdrag” bedömer styrelsen som önskvärt.

Förslag att ”nationella nätverk bildas för förtroendevalda på arbetsplatsen” bedömer styrelsen att det blir svårt att besluta om som gemensam struktur. Det är givetvis önskvärt och bra om det bildas nätverk och det finns möjlighet för förtroendevalda att göra detta redan idag. Avdelningar kan uppmuntra till avdelningsöverskridande kontakter och genom alla de nationella möten som genomförs ökar personkontakter.

Att däremot nationellt ansvara för att bilda och samordna nätverk för över 5 000 förtroendevalda kräver annan form av organisering än strukturen med dagens lokala avdelningar.

Förbundsstyrelsen vill se en fortsatt utveckling av webben som ett nav för Vårdförbundets information och kommunikation. På detta sätt hanteras förslaget; ”vi får tydliga och lätthanterliga redskap, lättillgänglig hemsida med ett snabbt och lätt inloggningssystem som t.ex. via personnummer samt lätthanterligt söksystem för att hitta de rätta kontaktvägarna och rätt material.”

Motionären vill att ett ställningstagande ska göras av motionen som helhet och den föreslår styrelsen därmed ska avslås.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att rollen för förtroendevald på arbetsplatsen ska prövas i fortsatta arbetet och därefter beskrivas.

Att avslå motionen som helhet.

27. Fråga din expert (2011)

Motionär: Styrelsen avdelning Västra Götaland

Inledning: Att göra karriär, är det att satsa allt på sitt jobb och få en ledande tjänst där man tjänar massor av pengar? Många ser den bilden när man talar om att göra karriär. Men begreppet karriär har en större betydelse än så. Karriär är självklart yrkeslivsutveckling. Det kan handla om nya arbetsuppgifter, ett ökat ansvar, specialisera sig eller bredda sin kompetens, byta arbetsgivare, starta egen verksamhet och byta bransch.

Att göra karriär innebär även att utvecklas i sitt arbetsliv och bestämma hur karriärvägarna ska se ut. Om våra medlemmar får möjligheten att göra sina val utifrån sina egna värderingar och intressen ökar deras möjligheter att känna tillfredsställelse med sitt arbete.

Vårdförbundet har under en lång tid varit ett förbund som jobbat intensivt med medlemmars problem och möjligheter på arbetsplatsen samt bidragit till en drivande kraft i vårdens

utveckling – och det skall vi fortsätta med! Men samtidigt är det nu dags att ta nästa steg i den viktiga professionaliserings process – individens utveckling!

Vi borde kunna ge våra medlemmar en hjälp på vägen när de vill utvärdera sin situation och kanske ta ett steg i karriären. Vi skall också vara experter på våra medlemmars arbetsmarknad. Att Vårdförbundet arbetar proaktivt kommer att gynna våra medlemmar. Den nya verksamheten skall då vara politisk styrd och byggas upp av förtroendevaldas kunskap och kompetens i Vårdförbundet Sverige.

Bakgrund: Från tema Vårdförbundets slutrapport så läser vi följande:

”Mina förutsättningar för att kunna utöva min profession. Jag får tillgång till kunskaper som jag behöver. Vårdförbundet arbetar för att förbättra förutsättningar för att mer användbar vårdforskning kommer till stånd och att resultaten blir tillgängliga för de verksamma inom professionerna.”

”Mina möjligheter att utveckla mig inom min profession. Jag får karriär rådgivning och annat stöd när jag vill byta anställning och inriktning på arbetet, eller starta eget.”

Vårt förslag: Vårdförbundet skall bland annat kunna erbjuda:

- Rådgivning om att hitta och söka jobb
- Karriärcoachning
- Karriärseminarier och Workshops
- Vägledningssamtal
- Granskning av ansökningshandlingar och CV
- Nätverk
- Karriärplaneringsverktyg

Syfte

- att ta nästa steg i den viktiga professionaliserings process – individens utveckling!

Mål

- att våga öka rörligheten
- att våga göra karriär
- att öka medlemsantalet

Yrkande

Styrelsen i Vårdförbundet Avdelning Västra Götaland yrkar att en ”fråga din expert” funktion inrättas inom kommande mandatperiod.

Fakta/Bakgrund

De exempel på erbjudanden som beskrivs i motionen förekommer i viss omfattning men finns inte som ett generellt erbjudande till alla medlemmar.

När det exempelvis gäller granskning av ansökningshandlingar och CV har detta prövats för målgruppen studerandemedlemmar. Ett kunskapsmaterial för en individuell karriärplanering togs fram för några år sedan. Individuell rådgivning och coachning är idag ett ansvar för i första hand de lokala avdelningarna men också för medarbetare lokalt och nationellt. Arbetet med kommunikationsplanen och vår idé om kollegial mötesplats och partner i yrkeslivet innehåller flera områden som är under utveckling. Det finns idag ingen samlad kunskap om det som erbjuds lokalt och nationellt.

Förbundsstyrelsens yttrande

Motionen beskriver ett bra exempel hur de kvalitetskriterier som kongressen ska ta ställning till i nästa steg ska kunna konkretiseras. Det handlar om individuellt stöd och rådgivning utifrån profession och styrelsen ser att det är en av de delar som kommande organisationsöversyn måste hantera.

Det syfte och de mål som anges i motionen tycker styrelsen är bra beskrivningar, liksom de exempel på erbjudanden som ges.

Den erbjudan som anges är angelägna att kunna utveckla mer generellt i organisationen. Detta måste ske under en period och såväl beakta hur vi är organiserade idag och framtida organisering. Det är möjligt att det är en ”fråga din expert”-funktion som kan bli lösningen, men styrelsen föreslår att frågan om hur dessa erbjudanden ska levereras måste få utvecklas successivt.

Kommande organisationsdiskussion utgår från de krav som kvalitetskriterier ställer på utformning av förslag på framtida organisation.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att i det fortsatta arbetet vidareutveckla sätt att ge individuellt stöd och rådgivning utifrån profession.

28. Chefsmedlemmarna (2008)

1. Motionär: Avdelning Västmanland - Motion angående att stödet till chefsmedlemmar lyfts till central nivå.

Medlemmar i Vårdförbundet som blivit chef, oavsett nivå, har en nyckelroll i våra medlemsgruppers arbetsmiljö och yrkesutövande. Det är av stort värde för vårt förbund att ha chefer kvar som medlemmar. När löneprocessen är så decentraliserad som den är i Vårdförbundet idag, så har cheferna ett stort ansvar kring framtagnandet av lokala lönekriterier och att de revideras regelbundet. Något som har en direkt påverkan för våra medlemmars löneutveckling. Cheferna har också ansvar för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet, det är vitalt att de känner till och vill tillämpa Vårdförbundets syn kring dessa ämnen. Vårdförbundet behöver i sin tur förstå vilka och hur stora utmaningar som chefer inom vård och omsorg står inför idag.

Vi har uppfattat att det också finns en viss tveksamhet hos cheferna, kring att ta kontakt med Vårdförbundets lokala avdelning när man är i behov av personligt stöd. Det kan kännas svårt att ha förtroende för någon som man tidigare haft som motpart i förhandlingar. Det är en minoritet av alla medlemmar som är chefer och som söker stöd hos Vårdförbundet. Det leder högst troligt till att kompetensen kring att stödja chefer varierar över landet. Flera satsningar har gjorts för Vårdförbundets chefsmedlemmar; exempelvis den utmärkta tidningen LIV (Ledare I Vården) och egen informativ webbsida på Vårdförbundets nationella webbplats. Ändå fortsätter cheferna övergången till fackförbundet Ledarna.

Vi i styrelsen för Vårdförbundet avdelning Västmanland anser att stödet till chefsmedlemmar ska ligga på en central nivå, så att kompetens kan samlas. Det finns redan idag väldigt

kompetent personal i de här frågorna på central nivå. Vi ser inte det som ett alternativ att ha systemet med ”värdavdelning” i denna fråga.

Utifrån ovanstående så yrkar Vårdförbundet avdelning Västmanland följande:

att stödet till chefsmedlemmar inom Vårdförbundet ska samlas centralt i förbundet.
att kongressen bifaller motionen i sin helhet och att Vårdförbundet kommer att arbeta enligt motionens yrkande.

2. Motionär: Avdelning Örebro - ”Jag är inte bara chef – jag är medlem i Vårdförbundet också” – en projektidé

De medlemmar som är chefer och ledare är en strategiskt viktig medlemsgrupp. De tillhör våra legitimerade professioner med tillhörande etiska koder. De är anställda med rätt till goda villkor i sina anställningsförhållanden. De är dessutom tydligt anställda för att företräda arbetsgivaren.

Merparten av denna medlemsgrupp är första linjens chefer, en mindre del är verksamhetschefer eller innehar andra chefs- och ledaruppdrag. En stor grupp är biträdande chefer och deras roll är för närvarande i stark förändring med mer av delat ansvar tillsammans med överordnad chef.

Under 2000-talet har Vårdförbundet på olika sätt tydliggjort värdet av medlemskap för de medlemmar som är chefer och ledare i vården. Som exempel kan nämnas tidningen LIV, en nationell chefsstrateg (anställd tjänsteman) och kontaktombud ute i avdelningarna för de medlemmar som är chefer och ledare. Medlemmar som är chefer och ledare ska tydligt känna igen sig och känna sig hemma i Vårdförbundet.

Styrelsen Vårdförbundet Örebro yrkar att kongressen beslutar

att ett projekt formas med syfte att arbeta fram ytterligare strategier och redskap kring medlemskapets värde för de medlemmar som är chefer och ledare.
att uppdragsgivare för projektet är förbundsstyrelsen

Återkoppling till kongressen 2011

Frågan om medlemskap för chefer har funnits med i arbetet med Tema Vårdförbundet under kongressperioden, men det har så här långt inte kommit något konkret förslag på en speciell organisation för chefsmedlemmar.

Arbetsgruppen för Tema Vårdförbundet, som har arbetet med frågor kring medlemskapet föreslår att det även fortsättningsvis enbart finns en form av medlemskap i Vårdförbundet, men att det däremot kan krävas speciella insatser för att möta olika medlemsgruppers behov, exempelvis chefernas.

Under 2010 introducerades ett gemensamt utvecklingsprogram för medlemmar och chefer och ledare i linje med de initiativ som kommer fram i motionerna. Detta initiativ har mötts av ett mycket stort intresse från målgruppen.

Förslagen om en specifik organisation för chefer och ledare har fortfarande kvar sin aktualitet och det har kommit nya förslag och motioner till kongressen 2011.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att frågan om en specifik organisation för chefer och ledare prövas då den framtida organisationen kommer att konkretiseras.

Att förslagen avslås.

29 Regional samordning för chefsmedlemmar? (2011)

Motionär: Susanne Björkman, avdelning Stockholm

Vårdförbundets chefsmedlemmar blir väldigt olika företrädare i landet. På en del platser finns det goda nätverk och sammankomster för cheferna, och på andra kanske i mindre omfattning. Mycket handlar om förutsättningar och engagemang i frågan. Det finns vad jag vet ingen nationell satsning som har gjort att chefer i första hand väljer Vårdförbundet just för satsningarna på chefsgruppen. Därför behöver vi tänka på bästa medlemsnytta för cheferna.

Ett förslag är att bilda en chefsklubb, ett annat är att Vårdförbundets avdelningar går ihop i ett syd, mellan och norrregion-perspektiv för att skapa varaktiga nätverk och utvecklingsplattformar för våra chefsmedlemmar.

Jag önskar att kongressen kan ta ett beslut om en tydlig strategi för hur vi ska få cheferna att tycka att Vårdförbundet är det självklara valet.

Fakta/Bakgrund

Vårdförbundet har kunskap och idéer om vården och om verksamhetens villkor och de särskilda krav som ställs på chefer och ledare. Vårdförbundet erbjuder en kollegial mötesplats för chefer och ledare och stöd samt verktyg i deras specifika och svåra uppdrag. Vi vill vara en arena för samtal om utveckling och förbättringar för chefen i den egna chefsrollen och i uppdraget men också i rollen att påverka den framtida vården.

Lokala avdelningar som ansvarar för de direkta medlemskontakterna väljer idag olika sätt för möten och stöd som involverar chefsmedlemmar. I avdelningarnas lokala verksamhetsberättelser kan man läsa beskrivningar av detta.

Nationellt har det under 2010 påbörjats en omfattande satsning som vänder sig specifikt till chefsmedlemmar. I samarbete med Kulturm, Jönköpings läns utvecklingsavdelning, erbjuder Vårdförbundet medlemmarna en mötesplats för förbättringskunskap i praktiken för att leda vård och vårdens utveckling. Det var ett stort gensvar och 100 deltagare från hela landet fick 18 november möjlighet att lära mer om förbättringskunskap och metoder att arbeta med förbättringar. Deltagarna erbjöds att delta i ett ledarutvecklingsprogram och 38 har därefter påbörjats detta.

Arbetsgruppen för Tema Vårdförbundet, som har arbetat med frågor kring medlemskapet föreslår att det även fortsättningsvis enbart finns en form av medlemskap i Vårdförbundet, men att det däremot kan krävas speciella insatser för att möta olika medlemsgruppers behov, exempelvis chefernas.

Förbundsstyrelsens yttrande

Frågan om medlemskap för chefer har funnits med i arbetet med Tema Vårdförbundet under kongressperioden, men det har så här långt inte kommit något konkret förslag på en speciell organisation för chefsmedlemmar.

Arbetsgruppen för Tema Vårdförbundet, som har arbetet med frågor kring medlemskapet föreslår att det även fortsättningsvis enbart finns en form av medlemskap i Vårdförbundet, men att det däremot kan krävas speciella insatser för att möta olika medlemsgruppers behov, exempelvis chefernas.

Under 2010 introducerades ett gemensamt utvecklingsprogram för medlemmar och chefer och ledare i linje med de initiativ som kommer fram i motionerna. Detta initiativ har mötts av ett mycket stort intresse från målgruppen.

Förbundsstyrelsen föreslår att frågan om en specifik organisation för chefer och ledare prövas då den framtida organisationen kommer att konkretiseras.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att frågan om en specifik organisation för chefer och ledare prövas då den framtida organisationen kommer att konkretiseras.

30. Stödet till chefsmedlemmar ska placeras på central nivå (2011)

Motionär: Mimmi Höglom, avdelning Västmanland

Medlemmar i Vårdförbundet som blivit chef, oavsett nivå, har en nyckelroll i våra medlemsgruppers arbetsmiljö och yrkesutövande. Det är av stort värde för vårt förbund att ha chefer kvar som medlemmar. Cheferna har ansvar för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet och det är till stor nytta om chefernas och Vårdförbundets syn på dessa frågor överensstämmer. Å andra sidan behöver Vårdförbundet som organisation få en större insikt och medvetenhet om de stora utmaningar som chefer inom vård och omsorg står inför idag. Idag finns det en stor tveksamhet hos medlemmar som är chefer, över att stanna kvar som medlem i Vårdförbundet. Många chefsmedlemmar har upplevt tvekan inför att ta kontakt med sin lokala avdelning för personligt stöd. Det beskrivs som svårt att söka stöd hos någon man nyss haft som motpart i en annan fråga.

På grund av att en minoritet av chefsmedlemmarna söker stöd hos Vårdförbundet lokalt och att förutsättningarna för stöd ser olika ut i de olika lokalavdelningarna, varierar kompetensen kring att stödja chefsmedlemmarna. Vi ser med glädje att aktiviteter ordnas på centralnivå, som exempelvis Ledarutvecklingsprogrammet och Inspirationsdagar för chefer. Men trots att dessa insatser genomförs för Vårdförbundets chefsmedlemmar, så fortsätter övergången till andra fackförbund.

Vårdförbundet avdelning Västmanland anser att stödet till chefsmedlemmar ska samlas på nationell nivå. Då finns ökade möjligheter till att rätt kompetens finns till hands för våra chefsmedlemmar och därmed kommer bättre service att kunna ges till denna medlemsgrupp. Redan idag finns mycket av kompetensen kring chefernas villkor samlad centralt. Vi ser inte att det skulle vara en lösning att upprätta en "vårdavdelning" för våra chefsmedlemmar. Det behövs en sammanhållen och gemensam syn, på nationell nivå, i hur stödet för våra chefsmedlemmar ska se ut. Det behövs även genomtänkta och tydliga riktlinjer för hur Vårdförbundet ska agera gentemot våra chefsmedlemmar, så att vi får behålla dem i vår organisation.

Utifrån ovanstående yrkar styrelsen i Vårdförbundet avdelning Västmanland följande:

Att stödet till chefsmedlemmar inom Vårdförbundet ska samlas nationellt/centralt i förbundet.

Att extra årsmötet bifaller motionen i sin helhet och sänder motionen som sin egen för behandling under Vårdförbundets kongress 2011.

Att Vårdförbundets kongress 2011 bifaller motionen i sin helhet och kommer att arbeta enligt motionens yrkande.

Motionen är behandlad och antagen i sin helhet på Vårdförbundet avdelning Västmanlands extra årsmöte 2011 02 10 och ska sändas till Vårdförbundets kongress 5:e maj 2011.

Fakta/Bakgrund

Vårdförbundet har kunskap och idéer om vården och om verksamhetens villkor och de särskilda krav som ställs på chefer och ledare. Vårdförbundet erbjuder en kollegial mötesplats för chefer och ledare och stöd samt verktyg i deras specifika och svåra uppdrag. Vi vill vara en arena för samtal om utveckling och förbättringar för chefen i den egna chefsrollen och i uppdraget men också i rollen att påverka den framtida vården.

Lokala avdelningar som ansvarar för de direkta medlemskontakterna väljer idag olika sätt för möten och stöd som involverar chefsmedlemmar. I avdelningarnas lokala verksamhetsberättelser kan man läsa beskrivningar av detta.

Nationellt har det under 2010 påbörjats en omfattande satsning som vänder sig specifikt till chefsmedlemmar I samarbete med Kultorum, Jönköpings läns utvecklingsavdelning, erbjuder Vårdförbundet medlemmarna en mötesplats för förbättringskunskap i praktiken för att leda vård och vårdens utveckling. Det var ett stort gensvar och 100 deltagare från hela landet fick 18 november möjlighet att lära mer om förbättringskunskap och metoder att arbeta med förbättringar. Deltagarna erbjöds att delta i ett ledarutvecklingsprogram och 38 har därefter påbörjats detta.

Arbetsgruppen för Tema Vårdförbundet, som har arbetet med frågor kring medlemskapet föreslår att det även fortsättningsvis enbart finns en form av medlemskap i Vårdförbundet, men att det däremot kan krävas speciella insatser för att möta olika medlemsgruppers behov, exempelvis chefernas.

Arbetsgruppen beskrev fyra områden som bedömdes gemensamma för alla medlemmar;
Som medlem stärker jag min professionsidentitet
Som medlem får jag stöd för mina villkor och förutsättningar i mitt arbete
Som medlem är jag med och påverkar vården och hur professionerna värderas
Som medlem deltar jag i förbundets beslutsprocess

Förbundsstyrelsens yttrande

Frågan om medlemskap för chefer har funnits med i arbetet med Tema Vårdförbundet under kongressperioden, men det har så här långt inte kommit något konkret förslag på en speciell organisation för chefsmedlemmar.

De förväntningar som medlemmar med chefsuppdrag ska ha på Vårdförbundet kommer oavsett organisatorisk lösning innebära behov av såväl lokalt som nationellt stöd.

Förbundsstyrelsen föreslår att frågan om en specifik organisation för chefer och ledare prövas då den framtida organisationen kommer att konkretiseras.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att frågan om en specifik organisation för chefer och ledare prövas då den framtida organisationen kommer att konkretiseras.

Att avslå motionen.

31. Privatanställda medlemmar(2008)

Motionär: Pia Arndorff, Skåne

Vårdförbundets politiska uppfattning är att vi som organisation är positiva till privat verksamhet inom hälso- och sjukvård så länge den är offentligt finansierad.

Under de senaste åren har en ”privatiseringsvåg” svept över landet och andelen privatanställda medlemmar har ökat. Vi vet också att anslutningsgraden till Vårdförbundet är lägre hos privatanställda än hos dem med landsting eller kommun som arbetsgivare.

Det är viktigt att vi dels ökar den traditionellt sätt låga anslutningsgraden hos privatanställda och att vi inte tappar de medlemmar som går över i privat anställning och plötsligt möts av ett osynligt Vårdförbundet.

Under många år har vi byggt upp en struktur inom kommun och landsting för att på ett så bra sätt som möjligt kunna möta upp mot medlemmarnas förväntningar på Vårdförbundet. Det är inget konstigt i detta då de flesta medlemmar är anställda hos dessa arbetsgivare. Som läget är nu ser vi framför oss en ökad andel medlemmar i privat verksamhet och dessa medlemmar har samma rätt att få råd och stöd av Vårdförbundet som medlemmar anställda av kommun och landsting.

Att i mycket högre grad arbeta med privatanställda medlemmar ser jag som nödvändigt, men det innebär en ökad kostnad. Vi kan inte använda oss av den fackliga tiden som är framförhandlad med landstinget, utan måste använda oss av arvoderad tid. Det tar också längre tid eftersom enheterna ofta är mindre och ligger utspridda.

Återkoppling till kongressen 2011

Vårdförbundet är en medlemsorganisation med fyra yrkesgrupper. Oavsett om man är studerande eller pensionär, yrkesverksam eller ej så är Vårdförbundet organisationen för biomedicinska analytiker, barnmorskor, sjuksköterskor och röntgensjuksköterskor.

Alla Vårdförbundets medlemmar är lika viktiga. Vårdförbundet ska vara tydligt oavsett var medlemmar finns. Detta är en extra stor utmaning när det gäller att ”finnas” för exempelvis medlemmar som arbetar på små privata arbetsplatser, är anställda som chefer eller är arbetslösa.

När det gäller specifikt de privatanställda medlemmarna behövs det insatser som delvis föregriper det mer långsiktiga arbetet med framtida organisation. Förbundsstyrelsen har i samband med budget och verksamhetsplanering för 2011 beslutat att det ska ske en resursförstärkning bland annat genom att anställa fler medarbetare som ska arbeta specifikt med privatanställda medlemmar.

Det kommer dock inte att räcka med att skjuta till nya resurser – det handlar också om hur vi bättre sätt kan organisera de resurser som finns. Det har exempelvis varit svårt att inom dagens system utnyttja den möjlighet till statliga bidrag som kan användas för regionala skyddsombud.

Resursbehovet är identifierat och bekräftat. Förbundsstyrelsen delar fullt ut behovet av ökade resurser, men bedömer att detta kan behöva ske på olika sätt. Utifrån förslagets ordalydelse föreslås att kongressen inte bifaller förslaget.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå förslaget.

32. Vårdförbundet bör tillhöra SACO (2008)

Motionär: Lena Lundberg, Uppsala

Vårdförbundet tillhör idag TCO. Sjuksköterskeutbildningen är idag en akademisk utbildning precis som läkarutbildningen och sjukgymnastutbildningen. Bägge dessa yrkesorganisationer tillhör SACO.

En undersökning det senaste året har dessutom visat att en majoritet av svenska folket inte vet att sjuksköterskor är universitetsutbildade. Om vi ska kunna höja statusen (och lönen) för sjuksköterskor bör Vårdförbundet tillhöra SACO.

Yrkande: Jag yrkar på att Vårdförbundet lämnar TCO och blir ett SACO-förbund.

Återkoppling till kongressen 2011

Förslaget har inte prioriterats under kongressperioden och är ännu inte närmare utrett eller kommunicerat. Skälet till detta är att det har bedömts angeläget att starta Tema Vårdförbundet mer förutsättningslöst och på nytt beskriva Vårdförbundets idé och uppdrag. I detta ligger att också kunna göra ställningstagande kring vad vi ska agera själva i och vad vi ska gå samman med andra organisationer. Och vilka organisationer som då bedöms bäst att samverka med eller i.

När det gäller samverkan för tjänstemännens allmänna intressen i samhället så sker det idag bland annat genom Vårdförbundets medlemskap i TCO. Där utgör vi en del av den gemensamma röst som påverkar frågor som exempelvis gäller socialförsäkring, arbetsmarknadspolitik och de fackliga organisationernas ansvar och inflytande.

När det gäller valet av arbetslöshetskassa har Vårdförbundet valt anslutning till Akademikernas Erkända arbetslöshetskassa – som i övrigt utgörs av SACO-förbund. När det gäller att påverka vårdens innehåll och utveckling så har Vårdförbundet redan idag ett samarbete med andra förbund inom vården.

Samverkan sker i ökad utsträckning mellan förbund som tillhör olika centralorganisationer. Under 2010 har Vårdförbundet exempelvis utvecklat sitt samarbete med Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) när det gäller avtalssamverkan i förhållande till arbetsgivarorganisationen Sveriges Kommuner och Landsting.

Frågan om centralorganisationstillhörighet återfinns som en ny motion till kongressen 2011 och styrelsen menar att frågan får prövas i framtiden. Det finns inte något skäl till att ställningstagande om byte behöver göras på kongressen 2011.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att frågan om centralorganisationstillhörighet prövas då den framtida organisationen kommer att konkretiseras.

Att i detta skede avslå förslaget.

33. Anslut förbundet till SACO (2011)

Motionär: Ingrid Hansson-Malmsborg, avdelning Stockholm

Jag yrkar att vårdförbundets styrelse får i uppdrag att utreda förutsättningarna för att ansluta förbundet till SACO. Skäl som väger tungt för detta är: Våra yrken är grundade på en utbildning på akademisk nivå. Flera av våra akademiskt utbildade kollegor: arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykologer och läkare bland andra är organiserade i SACO. Ett närmare samarbete med dessa våra kollegors förbund inom SACO skulle stärka värderingen av oss i våra yrken inom vårdförbundet. Det bör öka möjligheten att arbeta för en rätt värdering lönemässigt av våra yrken. Nu samarbetar vi ju i avtalsförhandling med LSR; sjukgymnasternas fackförbund. Det är bra. Ett ytterligare samarbete med akademiskt utbildade kollegor anser jag önskvärt.

Fakta/Bakgrund

Frågan om att utreda frågan om anslutning till SACO fanns med redan till kongressen 2008. Förslaget har inte prioriterats under kongressperioden och är ännu inte närmare utrett eller kommunicerat. Skälet till detta är att det har bedömts angeläget att starta Tema Vårdförbundet mer förutsättningslöst och på nytt beskriva Vårdförbundets idé och uppdrag. I detta ligger att också kunna göra ställningstagande kring vad vi ska agera själva i och vad vi ska gå samman med andra organisationer. Och vilka organisationer som då bedöms bäst att samverka med eller i.

Förbundsstyrelsens yttrande

När det gäller samverkan för tjänstemännens allmänna intressen i samhället så sker det idag bland annat genom Vårdförbundets medlemskap i TCO. Där utgör vi en del av den gemensamma röst som påverkar frågor som exempelvis gäller socialförsäkring, arbetsmarknadspolitik och de fackliga organisationernas ansvar och inflytande.

När det gäller valet av arbetslöshetskassa har Vårdförbundet valt anslutning till Akademikernas Erkända arbetslöshetskassa – som i övrigt utgörs av SACO-förbund. När det gäller att påverka vårdens innehåll och utveckling så har Vårdförbundet redan idag ett samarbete med andra förbund inom vården.

Samverkan sker i ökad utsträckning mellan förbund som tillhör olika centralorganisationer. I motionen anges exemplet att Vårdförbundet under 2010 utvecklat sitt samarbete med Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) när det gäller avtalsamverkan i förhållande till arbetsgivarorganisationen Sveriges Kommuner och Landsting genom att Sjukgymnasterna lämnat SACOvård och istället valt att begära inträde i OFR som är förhandlingskartell inom TCO-området.

Styrelsen anser att frågan om centralorganisationstillhörighet återstår att pröva. Det finns inte något skäl till att ställningstagande om byte behöver göras på kongressen 2011.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att frågan om centralorganisationstillhörighet prövas då den framtida organisationen kommer att konkretiseras.

34. Idé om jämställdhetsutbildning nationellt (2011)

Motionär: Robin Åberg, avdelning Västra Götaland

Skickar en Idé så här i sista stund när det gäller jämställdhetsutbildning. Vi har ju under våren 2010 i Västra Götaland arbetat fram ett underlag, samt hållit en utbildning i jämställdhet för förtroendevalda med samordningsuppdrag. Denna föll mycket väl ut och var uppskattad bland deltagarna. Då problematiken med genusgapet är en direkt orsak till våra professioners låga löner är det av vikt att känna till historiken samt ha en grundläggande kunskap om stuktur och mekanismer när det gäller genus och jämställdhet. Vår idé är därför att man efter utvärdering av denna utbildning tittar på möjligheterna att köra den nationellt.

Om intresse finns bifogas bakgrunds/utbildningsmaterial. Robin Åberg & Anna-Karin Davidsson.

Fakta/Bakgrund

Det finns idag ett nationellt ramprogram för den utbildning som finns för förtroendevalda på arbetsplatsen. Jämställdhet är en av de områden som finns med i programmet. Utifrån ramen planerar lokala avdelningar genomförandet av utbildningar och delger varandra erfarenheter. Många avdelningar har möten och olika former av fortsatta utbildningar ("påbyggnad") med olika teman för de förtroendevalda. Idag genomförs i princip all utbildning för förtroendevalda av respektive avdelning. I vissa fall genomförs möten och utbildningar gemensamt för fler avdelningar. Nationellt genomförs en utbildning och det är förbundskursen. Den kursen har styrelseledamöter och kongressombud som målgrupp.

Förbundsstyrelsens yttrande

Vårdförbundet har självklart ett ansvar för att ge medlemmar såväl med som utan förtroendeuppdrag förutsättningar att påverka sin lön och i detta inryms också kunskap om stuktur och mekanismer när det gäller genus och jämställdhet.

En gemensam översyn av kompetensutveckling och utbildningar föreslås ske kommande kongressperiod. En del måste ske redan nu medan annat får invänta att den framtida organiseringen har klarnat. Medlemsutbildningar organiseras och genomförs bäst nära medlemmar och avdelningarna har de bästa förutsättningarna för att planera genomförandet. För att kunna ge ett stöd för detta så ska det utarbetas en gemensam sammanställning av material och metoder som kan användas.

Styrelsen föreslår att ett gemensamt utbildningsmaterial för medlemmar ska utarbetas och då kan förslaget beaktas.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att ett gemensamt utbildningsmaterial för medlemmar ska utarbetas.

14.2.3 Tema Vårdförbundet - Kvalitetskriterier

Kvalitetskriterier

Istället för att börja med förslag på ”organisationsrutor” så ges istället förslag på kvalitets-kriterier. Vilka löften är det vi ska uppfylla när vi i kommande steg väljer det sätt som vi vill organisera oss?

Förbundsstyrelsen har redan gjort tre avstämningar när det gäller kvalitetskriterierna: Fokusgruppsintervju med slumpvis utvalda medlemmar. Separata intervjuer har genomförts med studerandemedlemmar och yrkesverksamma medlemmar.

Vi den nationella mötesplatsen november 2010 så genomfördes 12 fokusgruppsintervjuer med cirka 120 förtroendevalda från hela landet. Samtliga samtal har dokumenterats och återkopplats till de som deltog.

Webbdialog med kongressombuden februari 2011

Bedömningen är att det finns ett gott stöd för tanken att utforma kvalitetskriterier och Förbundsstyrelsen har även reviderat dessa efter de synpunkter som har kommit fram.

Kvalitetskriterier – vad är det egentligen?

Inte minst inom vården har kvalitetskriterier (ibland kallade kvalitetsindikatorer) blivit ett sätt att identifiera förhållanden och områden som bör studeras närmare när det gäller orsaks-samband och möjligheter till förbättring. Rätt använda blir de sätt att tillförsäkra individen vård av god kvalitet och ett verktyg att styra vården så att den med rätt ambitionsnivå kan uppnå sina uppdrag. Att styra vårdens framtid på detta sätt blir avgjort bättre än de ”osthyvelsbesparingar” och omorganisationer som utgör en stor del av vardagen idag

Förbundsstyrelsens tanke med kvalitetskriterier är att vi ska kunna inspireras av denna metod och utmana oss själva i att bli bättre inom ett antal viktiga områden. Det handlar om mer än bara vackra mål i största allmänhet – detta ska vara ”löften” som Vårdförbundet i framtiden ska kunna leva upp till.

Det finns många tankar om hur vi ska formulera oss! Ambitionen är att så långt som möjligt göra korta och enkla beskrivningar. Det blir också en balansering mellan att det faktiskt är alla medlemmar som tillsammans utgör Vårdförbundet (är en del av ”vi”) - samtidigt som det också är så att varje enskild medlem ska kunna ha rättigheter och ställa krav på ”sin” organisation.

Många av de synpunkter som hittills kommit från de förtroendevalda medlemmarna har handlat om hur vi ska uppnå kvalitetskriterierna. Kvalitetskriterierna ska vara ett stöd när vi ska göra kommande steg och ta ställning till hur vi ska formera oss och hantera de resurser vi har. Detta innebär att kriterier som vi inte kan klara av idag med dagens sätt att organisera oss, eller med dagens resurser, ska bli möjliga att uppnå i framtiden.

Hur kriterierna ska uppnås blir således ett kommande steg. Nu gäller det främst att ta ställning till om det är de viktigaste kvalitetskriterierna som finns med.

Förbundsstyrelsens förslag till kvalitetskriterier som kongressen ska ta ställning till är;

Medlemsstöd

Individuellt stöd och rådgivning utifrån profession;

Anställning
Lön
Vårdmiljö
Utveckling och karriär

De som ger medlem stöd har rätt kunskap och kompetens.

Medlem väljer själv kanal för kontakt och får personlig återkoppling inom ett dygn.

Påverkan

Vårdförbundet är en auktoritet inom frågor som rör de fyra professionerna och vårdens utveckling.

Vårdförbundet har gemensamma strategier.

Vårdförbundet stärker medlemmar att påverka och agera utifrån deras kunskap och situation i vården.

Vårdförbundet syns i media och är med och påverkar där besluten avgörs - nationellt, regionalt och lokalt.

Kollegial mötesplats

Mötesplatser ska entusiasmera, skapa tillhörighet, ge mod och kunskap för att inspirera och inspireras.

Vårdförbundet skapar kollegiala mötesplatser, fysiskt och virtuellt, för våra fyra yrkesgrupper var för sig och gemensamt.

Medlem kan själv skapa mötesplatser med stöd av gemensamma verktyg och den plattform Vårdförbundet ger.

Demokrati

Vi ska vara öppna, tydliga och tillgängliga.

Synpunkter, förslag & idéer efterfrågas kontinuerligt.

Idéer och förslag återkopplas.

I förhållande till det förslag som lämnades för webbdialog till kongressombuden februari 2011 så har styrelsen gjort en förändring. Ett kvalitetskriterie under rubriken kollegial mötesplats har strukits ("Vårdförbundet ger personlig inbjudan för att göra det tydligt att allas bidrag efterfrågas").

Förslag till beslut

Att kongressen antar föreslagna kvalitetskriterier.

Att kommande organisationsdiskussion utgår från de krav som kvalitetskriterier ställer på utformningen av förslag på framtida organisation.

Yrkande

14.2.3 Kvalitetskriterier

Medlemsstöd

Ombud 149. Under Medlemsstöd lägg till arbetsmiljö = vårdmiljö/arbetsmiljö

Ombud 99 och 137. Yrkar på att sista meningen under medlemsstöd ändras till: Medlem väljer själv kanal och får personlig återkoppling.

11. Medlemsstöd: 76. Medlemsstöd. Medlem väljer själv kanal för kontakt och får personlig återkoppling.

Ombud 83. Yrkar på att ta bort inom ett dygn.

Ombud 55. Yrkar på att i kriteriet "De som ger medlem stöd..." istället formuleras "De som ger medlem stöd har tillgång till rätt kunskap och kompetens"

Ombud 149. Näst sista meningen, byt ut ordet RÄTT kunskap mot ERFORDERLIG

Ombud 148. Byta ut i sista meningen inom ett dygn till närmaste vardag.

Ombud 151. Vårdmiljö/arbetsmiljö. under sista meningen " återkoppling så ändra till närmsta vardag

Ombud 126. Yrkar på att byta fokus något i påståendet "De som ger medlem stöd..." till att istället lyda "Vi som ger medlem stöd..."

Ombud 034. Medlemsstöd: medlem väljer själv kanal för kontakt och får återkoppling inom ett dygn

Ombud 60 och 69. Yrkar på att medlem väljer själv kanal för kontakt o får..."ta bort personlig"..återkoppling inom ett dygn. Se 15

Ombud 86. MEDLEMSSTÖD INDIVIDUELLT STÖD OCH RÅDGIVNING I FRÅGOR SOM RÖR "YRKET" ISTÄLLET FÖR PROFFSSION

Ombud 082. Yrkar på att i dokumentet ska definieras vad som är mätbara kriterier och vad som är förhållningssätt

Ombud 149. Sista meningen, ta bort ordet RÄTT och ändra meningen till: De som ger medlem stöd har kompetens och kunskap i ämnet.

Påverkan

Ombud 149. Första meningen, byt ut ordet FRÅGOR mot OMRÅDE

Kollegial mötesplats

Ombud 152. Första meningen, ändra lydelse: Mötesplatser ska entusiasmera, inspirera, skapa gemenskap, bidra till utveckling och ökad kunskap

Ombud 149. Första meningen, ny lydelse: Mötesplatser ska entusiasmera, inspirera, skapa gemenskap, bidra till utveckling och ökad kunskap.

Demokrati

Ombud 152. Första meningen, ändra lydelse; Vårdförbundet är en demokratisk organisation och vi är öppna, tydliga och tillgängliga

Ombud 149. Första meningen, ny lydelse: Som en demokratisk organisation är vi öppna, tydliga och tillgängliga

Tilläggsyrkande från förbundsstyrelsen.

Att uppdra åt förbundsstyrelsen att inom ett år ha involverat lokala avdelningar i att prova en ny organisation

Att med stöd av det som prövats ta fram förslag till ny organisation till kongressen 2014

Beslut

Kongressen beslutade att avslå samtliga yrkanden.

Kongressen beslutade att bifalla förbundsstyrelsens tilläggsyrkande

Kongressen beslutade att anta föreslagna kvalitetskriterier.

Kongressen beslutade att kommande organisationsdiskussion utgår från de krav som kvalitetskriterier ställer på utformningen av förslag på framtida organisation.

Kongressen beslutade att uppdra åt förbundsstyrelsen att inom ett år ha involverat lokala avdelningar i att prova en ny organisation.

Kongressen beslutade att med stöd av det som prövats ta fram förslag till ny organisation till kongressen 2014.

14.2.4 Tema Vårdförbundet - Stadga¹⁶⁹

Som bakgrund för ett förslag till ny stadga finns;

- Beslut om ny stadga kongressen 2008.
- Idé/Förslag/Motion från kongressen 2008 (Tema Vårdförbundet)
- Konsekvenser av de resultat som arbetet med Tema Vårdförbundet har inneburit, bland annat beskrivningen av medlemskapet
- Nyväckta frågor

I utredningsdirektivet från kongressen 2008 beskrevs;

”En del av de nya tankar som kommer fram blir en del av det förslag till ny stadga som kommande kongress ska besluta om. För att ge vägledning i detta föreslås att det även fortsättningsvis ska vara så att stadgan inte belastas med innehåll som beskrivs och regleras i exempelvis lagstiftning eller andra officiella dokument.”

Styrelsens ställningstagande är att stadgarna även fortsättningsvis ska ge uttryck för det som Vårdförbundet specifikt står för, det som är unikt för Vårdförbundet och att undvika detaljreglering. Vårdförbundets stadga används idag sannolikt mer än vad den gör för många andra ideella föreningar och ett skäl till detta är att den så tydligt utgår från medlems perspektiv och vår gemensamma idé.

Utifrån det läge som Vårdförbundet nu befinner sig med Tema Vårdförbundet så föreslås ingen genomgripande genomgång av stadgarna utan mer av uppföljning och vissa konsekvensförändringar;

- Beskrivningen av medlemskapet
- Facklig organisation
- Revisorer och revision

När det gäller beskrivningen av medlemskapet är förändringen motiverad av även stadgarna behöver beskriva konsekvensen av att det är fyra yrken som organiserats i Vårdförbundet. Det är då självklart och behöver inte stadgereglaras att man kan vara medlem även som exempelvis forskare, chef eller pensionär. En annan konsekvens är att det enbart i mycket speciella situationer kan bli aktuellt för någon som inte tillhör yrkena att bli medlem. Det är redan idag ett litet antal och för att säkerställa en likabehandling föreslås att de få gånger frågan blir aktuell så ska det vara förbundsstyrelsen som fattar beslutat.

För att tydliggöra det självklara i att Vårdförbundet är en facklig organisation så finns uppdraget beskrivet på ett sätt som inte ska innebära att en begränsning för Vårdförbundets uppdrag.

Idag är frågan om revision samlad under en rubrik även om det finns vissa skillnader mellan uppdraget nationellt och lokalt. Under kongressperioden behöver frågan prövas ytterligare, men med det förslag som styrelsen nu lämnar så finns det en mer korrekt beskrivning av det faktiska läget. Kongressen 2008 beslutade att auktoriserad revisor är ett uppdrag som ska

¹⁶⁹ Kongressen beslutade under punkt 7.2 Reviderad arbetsordning att ge förbundsstyrelsen i uppdrag att i januari 2012 sammankalla en extra kongress angående förbundets interna organisation och där behandla punkterna 14.2.1 Medlemskapet, 14.2.2 Organisation, 14.2.4 Stadgar och 14.2.5 Kommunikation

upphandlas och inte bli föremål för val på kongressen. Det kan ändå vara skäl att stadgereglera att det ska finnas auktoriserad revisor.

Ett beslut om en större stadgegenomgång föreslås bli skjuten på framtiden. Det måste finnas mer heltäckande förslag till en ny organisation innan det blir meningsfullt med ett sådant förslag.

NUVARANDE	FÖRSLAG
<p>Vårdförbundet</p> <ul style="list-style-type: none"> • organiserar legitimerade barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor, samt studenter inom respektive utbildning • är partipolitiskt obundet. 	<p>Vårdförbundet</p> <ul style="list-style-type: none"> • organiserar legitimerade barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor, samt studenter inom respektive utbildning • <u>är den yrkesorganisation som tillvaratar de fackliga intressena</u> • är partipolitiskt obundet.
<p>Medlem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du som är utbildad som, eller studerar till, biomedicinsk analytiker, sjuksköterska, barnmorska eller röntgensjuksköterska kan vara medlem. • Du kan även vara medlem om du är yrkesverksam som exempelvis chef, forskare eller lärare. • Du kan vara medlem om du är egen företagare, men förbundet företräder dig inte i din roll som arbetsgivare. <p>• Du har möjlighet att vara kvar som medlem när du är pensionär, inte längre arbetar inom förbundets verksamhetsområde eller står till arbetsmarknadens förfogande.</p> <p>• Möjlighet till enskilt medlemskap har du som inte uppfyller utbildningskravet men som arbetar inom hälso- sjuk- och socialvård.</p> <p><i>Resterande oförändrat</i></p>	<p>Medlem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du som är utbildad som, eller studerar till, <u>legitimerad</u> biomedicinsk analytiker, sjuksköterska, barnmorska eller röntgensjuksköterska kan vara medlem. • Du kan även vara medlem om du är yrkesverksam som exempelvis chef, forskare eller lärare. • Du kan vara medlem om du är egen företagare, men förbundet företräder dig inte i din roll som arbetsgivare. • Du har möjlighet att vara kvar som medlem när du är pensionär, inte längre arbetar inom förbundets verksamhetsområde eller står till arbetsmarknadens förfogande. • Möjlighet till enskilt medlemskap har du som inte uppfyller utbildningskravet men som arbetar inom hälso- sjuk- och socialvård. <p><u>Förbundsstyrelsen kan besluta att bevilja enskilt medlemskap för dig som inte uppfyller medlemskraven ovan.</u></p> <p><i>Resterande oförändrat</i></p>

<p>Revision På kongressen/årsmötet/representantskapet väljs två förtroendevalda revisorer och två revisorssuppleanter</p> <p>Verksamhetsberättelse och bokslut upprättas enligt god redovisningssed och ska ge en rättvisande bild av verksamheten.</p> <p>Revisorernas granskning utgår från de beslut kongressen, förbundsstyrelsen och årsmötet/representantskapet fattat och inriktas på att besluten verkställs samt att verksamheten håller sig inom de ramar som stadgarna anger.</p> <p>Revisorerna framlägger sin revisionsberättelse på kongressen/årsmötet/representantskapet.</p>	<p>Revision På kongressen/årsmötet/representantskapet väljs två förtroendevalda revisorer och två revisorssuppleanter.</p> <p>Verksamhetsberättelse och bokslut upprättas enligt god redovisningssed och ska ge en rättvisande bild av verksamheten.</p> <p>Revisorernas granskning utgår från de beslut kongressen, förbundsstyrelsen och årsmötet/representantskapet fattat och inriktas på att besluten verkställs samt att verksamheten håller sig inom de ramar som stadgarna anger.</p> <p>Revisorerna framlägger sin revisionsberättelse på kongressen/årsmötet/representantskapet. <u>Förbundsstyrelsens förvaltning och räkenskaper ska fortlöpande granskas av de kongressvalda förtroendevalda revisorerna och därutöver av en auktoriserad revisor.</u></p> <p><u>De nationella revisorerna ska följa förbundsstyrelsens arbete utifrån de beslut som kongressen och förbundsstyrelsen fattat och inriktas på att besluten verkställs samt att verksamheten håller sig inom de ramar som stadgarna anger.</u></p> <p><u>De nationella revisorerna ska årligen avge en revisionsberättelse och i den uttala sig om ansvarsfrihet för förbundsstyrelsen, fastställande av resultat och balansräkning och disposition av vinst eller förlust. Därutöver presenteras revisionsberättelserna i samband med kongressen.</u></p> <p><u>De lokala revisorernas verksamhetsgranskning utgår från de beslut årsmötet/representantskapet och avdelningsstyrelsen fattat och inriktas på att besluten verkställs samt att verksamheten håller sig inom de ramar</u></p>
--	--

	<p><u>som stadgarna och kongressbeslut anger. Revisorerna presenterar sin bedömning av verksamheten i en revisionsberättelse som behandlas på årsmötet/representantskapet.</u></p>
--	--

Förslag till beslut
Att ändra stadgarna enligt förslaget.

14.2.5 Tema Vårdförbundet - Kommunikation¹⁷⁰

Förbundsstyrelsens redovisning

Under hela kongressperioden har det genomförts en stor satsning på den interna och externa kommunikationen. Detta har genomförts genom det speciella projekt för som Förbundsstyrelsen startade 2008.

De synpunkter och förslag som kom till kongressen 2008 har kunnat omhändertas och utvecklas genom detta arbete.

Navet för framtida kommunikation, internt och externt, är Vårdförbundets webb som lanserades våren 2010. Med ny teknik är det nu möjligt att på ett helt annat sätt ha en kommunikation mellan medlemmar.

Förutom webben så har det under kongressperioden skett en mycket stor utveckling och även resultat inom områdena;

- Kampanjer och opinionsbildning
- Sociala media (Exempelvis Facebook och Youtube)
- Profilprodukter
- Grafisk profil

På kongressen 2008 bifölls ett yrkande att även ”Vårdförbundets logga” skulle bli föremål för översyn. Detta har skett och det har blivit en anpassning till den nya grafiska profilen.

¹⁷⁰ Kongressen beslutade under punkt 7.2 Reviderad arbetsordning att ge förbundsstyrelsen i uppdrag att i januari 2012 sammankalla en extra kongress angående förbundets interna organisation och där behandla punkterna 14.2.1 Medlemskapet, 14.2.2 Organisation, 14.2.4 Stadgar och 14.2.5 Kommunikation

När det gäller opinionsbildning så finns det nu en långsiktig plan för detta arbete genom den plattform som benämns ”Fullt ut”. Det är nu möjligt att genomföra offensiva aktiviteter lokalt och nationellt med samma budskap som grund.

Idé/förslag/motion

1. Välkomstpaket till alla studerandemedlemmar (2011)

Motionär: Malin Tillgren, avdelning Skåne

Vid inspirationsdagar för de studerandeansvariga i avdelningarna har det framförts önskemål om att ha ett gemensamt välkomstpaket till studerandemedlemmar, detta har nu blivit genomfört. Välkomstpaketet består av lila tygkasse, block, pennficka, penna och eventuellt valfri present. Vårdförbundets rekommendation är att alla som studerar till sjuksköterska, röntgensjuksköterska eller biomedicinsk analytiker och blir medlem i Vårdförbundet vid direktrekrytering får ett välkomstpaket.

Alla som själva gör ett aktivt val och blir medlemmar via hemsidan får däremot inte något välkomstpaket. När vi sedan möter dem på högskola/universitet tycker många av de studenterna att det är orättvist att de inte fått något välkomstpaket. Under inspirationsdagarna har det även diskuterats vikten av att så långt det är praktiskt möjligt arbeta på ett likriktat sätt med rekrytering av studerandemedlemmar.

Med anledning av texten ovan yrkar jag:

att alla som blir studerandemedlemmar via hemsidan ska få ett välkomstpaket hemskickat från studerandeombudsman/nationella kansliet.

Fakta/Bakgrund

Det finns idag en skillnad mellan det välkomstpaket som används vid direktrekrytering av studenter och det utskick som kommer till medlemmar som blir medlemmar på annat sätt. Frågan har redan uppmärksammats och det pågår för närvarande en översyn av de rutiner som finns så att det även ska kunna ske likvärdigt utskick via post.

Förbundsstyrelsens yttrande

Förbundsstyrelsen anser att alla nya medlemmar, oavsett om de är studenter eller ej, ska få välkomstmateriel. Materialet ska gärna vara anpassat till den nya medlemmen och det är inget självändamål att alla måste få samma underlag.

Även om det ingår i planeringen att göra den förändringen som motionären önskar så föreslås att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan överlåter bedömning och uppföljning till Förbundsstyrelsen.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan uppdrar åt förbundsstyrelsen att förslaget beaktas i fortsatt planering.

2. Vårdförbundet – marknadsföring (2008)

Motionär: Bina Jonna Ausfelt, Skåne

Att det görs en rikstäckande sjuksköterskemarsch för högre löner (samma dag och samma tid i hela landet).

Att vårdförbundet gör något vettigt av sin budget och köper reklamtid på prime time. Visa allmänheten vad vi gör.

Det går hur många tv serier som helst om läkare men inga om sjuksköterskor. Tex från högskola ut i yrkesliv. Visa allmänheten vårt ansvar, styrka, kompetens och skicklighet.

Just detta att sponsra ett tv program om sjuksköterskan är nog en super bra idé. visa kommunsköterskan, visa akutsjuksköterska, barnmorskan osv... i en lång dokumentär. Visa hur det börjar på högskolan. Nästan ingen vet ju att vår profession är ett beforskat ämne. Nä här kan det görs mycket mer anser jag. Vi+ Vårdförbundet är urusla på marknadsföring. Var inte konflikträdde.

Återkoppling till kongressen 2011

Avtalsrörelsen 2008 var ett exempel på hur Vårdförbundet på ett alldeles utmärkt sätt hanterade marknadsföring och gemensam aktivitet! Bakom framgången finns en uttalad vilja och ett budskap, en engagerad och fungerande organisation samt ett allt bättre sätt att kunna utveckla möten med omvärld och media.

Sedan kongressen 2008 har vi ytterligare utvecklat en gemensam strategi för kommunikation som stärker vi ytterligare möjligheten att påverka. Under 2010 påbörjad det mer långsiktiga arbetet som benämns "Fullt ut". Den valda opinionsbildningsstrategin kan komma att ta olika uttryck där förslagen kan finnas med som idéer.

En annan aspekt på marknadsföring är den som medlemmar i Vårdförbundet själva förfogar över. Om exempelvis hälften av medlemmarna talar med 10 personer i sin omgivning utifrån ett gemensamt budskap så nås över halv miljon personer!

Vårdförbundet har förbättrat marknadsföringen och ska fortsätta att få genomslag – bland annat genom att hela organisationen agerar utifrån samma budskap och koncept.

Marknadsföring kan ske på många olika sätt men eftersom det ofta handlar om stora resurser är det angeläget att utifrån den sakkunskap som finns anpassa metod utifrån de varierade förutsättningar som finns över tid. Av detta skäl föreslås att förbundsstyrelsen ansvarar för att förslagen beaktas i fortsatt planering och föreslår därmed att kongressen inte beslutar i sakfrågan.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan uppdrar åt förbundsstyrelsen att förslaget beaktas i fortsatt planering.

3. Vårdförbundet – Vårdförbundsveckan (2008)

Motionär: Avdelning Halland

Vårdförbundsveckan i vecka 47 har spelat ut sin roll. Medlemmar i verksamheterna har liten behållning av de koncentrerade aktiviteterna under Vårdförbundsveckan. Medias intresse motsvarar på intet sätt den tid som medlemmar och förtroendevalda lägger på att organisera

och genomföra Vårdförbundsveckan. Låt oss sprida den energin över året, eller när behov uppstår.

Återkoppling till kongressen 2011

Sedan kongressen 2008 har Förbundsstyrelsen varje år gjort en avstämning om Vårdförbundsveckan med de lokala avdelningarna, genom Förbundsrådet.

Eftersom styrelsen och den absoluta merparten av de lokala avdelningarna ser ett fortsatt värde med denna vecka så har den fortsatt. Det har funnits en befogad kritik kring att det tidigare år har funnits en otydlighet kring budskap och underlag inför veckan. Utan att binda upp ett långsiktigt beslut så bedöms det fortfarande finnas förutsättningar att utveckla veckan ytterligare – som en gemensam aktivitet nationellt och lokalt.

Med stöd av konceptet Fullt ut och budskap kopplade till det har flera lokalavdelningar genomfört aktiviteter under Vårdförbundsveckan 2010, som fått stort medialt genomslag. Stöd kan ges i Fullt ut-konceptet även för Vårdförbundsveckan 2011.

Att fortsätta med avstämningar i Förbundsrådet bedöms vara en bra form för årlig prövning och förslaget är omhändertaget.

Ställningstagande ska göras på kongressen 2011 och därför föreslår förbundsstyrelsen att förslaget avslås.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå förslaget.

4. Medlemspins, att synliggöra Vårdförbundet (2011)

Motionär: Anita Westerlund avdelning Stockholm

För att synliggöra att jag är medlem i Vårdförbundet på min arbetsplats, bör alla medlemmar ha en medlemspin (stilren och synlig) att sätta på arbetskläderna. Varför ska man inte skylta med det?? Jag är en stolt medlem, Vårdförbundet blir vad vi gör det till.

Anita Westerlund, Stockholm

Fakta/Bakgrund

Under årens lopp har det funnits olika former av nålar och broscher vars syfte är att visa på medlemskapet. År 2007 framställde Vårdförbundet en ny medlemspin. Den har sedan beställts i cirka 30 000 exemplar. En ny medlemspin som anpassats till ny grafisk profil togs fram 2010 och har (februari 2011) beställts i 4 000 exemplar.

Förbundsstyrelsens yttrande

Vårdförbundets ska vara den kollegiala mötesplatsen och ett sätt att ge uttryck för detta är att som medlem kunna visa att man är med i sin organisation. Förslaget får ses som en uppmaning att använda den ”symbol” som redan finns idag. Förbundsstyrelsen ser det svårt att på kongressen besluta om den aktiva handlingen som varje medlem själv måste ta ansvar för men föreslår den aktiva handlingen att alla kongressombud tar ansvar för att 10 kollegor får och uppmuntras bära den medlemspin som finns. Förbundsstyrelsen föreslår att kongressen inte beslutar i sakfrågan.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan uppdrar åt förbundsstyrelsen att förslaget beaktas i fortsatt planering.

5. Brosch eller dylikt för arbetsplatsens förtroendevalda (2008)

Motionär: Marika Olsson, Stockholm

Arbetsplatsens förtroendevalda är Vårdförbundets viktigaste grupp för att bevaka och driva medlemmarnas yrkes- och villkorsfrågor samt värna vårdmiljön.

För att synliggöra dem för kollegor, nyanställda, studenter och patienter/anhöriga bör en brosch tas fram. Alternativt pennficka med texten Förtroendevald & Skyddsombud.

Återkoppling till kongressen 2011

Goda idéer om hur förtroendevalda ska bli synliga ska vi allmänt kunna ta hand om utan att de ska behöva invänta och underställas kongressbeslut.

Att på något sätt markera förtroendeuppdraget är ett förslag som fortfarande lever kvar och väntar på att bli genomfört. Det kan vara idé att göra detta som en form av manifestation då samtalet om den framtida organisationen tydliggjort eventuella nya tankar kring de förtroendevaldas roll och uppdrag.

Att förtroendevalda ska bli synligare är viktigt och detta kan ske på olika sätt. En motion från Avdelning Stockholm pekar på behovet av en plattform som beskriver rollen som förtroendevald på arbetsplatsen och i detta kan ju också ligga att det är lättare att bli synlig om uppdraget är tydligt.

Frågor som gäller marknadsföring och profilprodukter hanteras genomförs fortlöpande. Det blir en tungrodd hantering om det skulle behövas kongressbeslut.

Förbundsstyrelsen ansvarar för att förslagen beaktas i fortsatt planering och föreslår därmed att kongressen inte beslutar i sakfrågan

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att kongressen inte beslutar i sakfrågan utan uppdrar åt förbundsstyrelsen att förslaget beaktas i fortsatt planering.

6. Förbundsstyrelsens protokoll (2008)

Motionär: Avdelning Västmanland

Motion angående att som enskild medlem eller avdelningsstyrelse, ha möjlighet att ta del av protokoll från Vårdförbundets förbundsstyrelsemöten.

Demokrati är en av de grundläggande värderingarna i Vårdförbundet. Det är viktigt att alla medlemmar får vara med och göra sin röst hörd. Demokrati ska genomsyra organisationen, från förbundsledning och till varje enskild medlem i Vårdförbundet. Stadgan gör gällande att man som medlem har stort inflytande och medverkar i en demokratisk process som utvecklar organisationen.

Information är grunden till att kunna vara med och påverka, det är också grunden till förståelse. Vårdförbundet arbetar ständigt med att utveckla och förbättra verksamheter, detta sker både externt och internt. För en organisation som till största del handhar kunskap, är information väsentligt. Nya vägar för informationsöverföring provas, vissa förkastas andra utvecklas.

Det finns stora vinster med en transparent organisation. För att som medlem kunna vara delaktig och medskapande, krävs att man är rätt informerad och har fått informationen i rätt tid. En organisation där alla vet vad som händer och vad som är på gång, tar bort grogrund för ryktesspridning, misstänkliggöranden och oro.

Förbundsstyrelsen har i uppdrag att mellan kongresserna planera, samordna och driva verksamheten på ett övergripande plan. Det åligger även förbundsstyrelsen att ansvara för dialogen med medlemmarna. Styrelsen för Vårdförbundet avdelning Västmanland har noterat att det i dagsläget inte är möjligt att läsa protokollen från förbundsstyrelsen, på förbundets hemsida.

Vi anser att offentliga protokoll från förbundsstyrelsens möten, är en naturlig del i en demokratisk kunskapsorganisation. Det kommer att underlätta informationsöverföringen till enskilda medlemmar, förtroendevalda och avdelningsstyrelser. Vidare fördelar är att det kommer att vara lättare att följa Vårdförbundets politik. Det är också ett led i att öka den enskilde medlemmens möjlighet till delaktighet och medskapande.

För att obehöriga inte ska ta del av protokollets innehåll, kan protokollet beläggas med läsbarhet enbart för medlemmar i Vårdförbundet, på hemsidan. Givetvis ska förbundsstyrelsen även fortsättningsvis ha rätten att sekretessbelägga ärenden av känslig art och att dessa inte förväntas vara med i det offentligt utlagda protokollet.

Med anledning av ovanstående yrkar Vårdförbundet avdelning Västmanland följande:
- att protokollen från förbundsstyrelsens möten skall läggas ut på Vårdförbundets hemsida, senast 7 arbetsdagar efter mötet.

- att kongressen bifaller motionen i sin helhet och att kongressen därigenom uppdrar åt förbundsstyrelsen att verkställa yrkandet omgående.

Återkoppling till kongressen 2011

Av de goda skäl som avdelning Västmanland anger så bygger Vårdförbundet på öppenhet. Detta gäller inte bara Förbundsstyrelsens möten utan alla de tillfällen då medlemmar och förtroendevalda samlas och fattar beslut.

Förbundsstyrelsens samtal och beslut dokumenteras och kommuniceras inte bara genom protokoll. Ur ett kommunikativt perspektiv är det ofta att föredra att informationen kommer i ett sammanhang där en fråga har en allmän aktualitet och då det finns möjlighet att visa på fakta och fördjupning.

För att öka medlemmens möjlighet att följa Förbundsstyrelsens möten har det sedan 2009 funnits möjlighet att ta del av ett referat från mötet, som bedöms vara mer informativt än de beslutsprotokoll som förs.

Många lokala avdelningsstyrelser har nu också referat som på den lokala webbplatsen beskriver styrelsens möten och protokoll.

Precis som det beskrivs i motionen kan det finnas behov att särskilja det som medlemmar ska ha möjlig tillgång till i förhållande till det som är allmänt tillgängligt via webben.

Genom en förbättrad kommunikation i Förbundsrådet har avdelningarna nu bättre möjligheter att informera om de ställningstaganden och beslut som sker nationellt och gemensamt.

Med den utveckling som nu har skett av medlemmens möjlighet att följa våra olika mötesplatser så föreslås att frågan om var, hur och när protokoll eller mötesanteckningar ska publiceras inte behöver formaliseras ytterligare. Risken är uppenbar att detta skulle kunna skapa en administration som inte helt säkert står i proportion till det vällovliga syftet.

Att kongressen skulle detaljreglera en av alla de frågor som vi har att kommunicera kring vore felaktigt. Den efterfrågan som funnits av specifikt protokollstext har kunnat lösas.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå motionen.

7. Låsa informationen på Vårdförbundets webb (2011)

Motionär: Sektionsstyrelsen Karolinska Huddinge

I Vårdförbundet pratas det mycket om att göra sig tillgänglig för medlemmar på olika sätt. Ett sätt är att ha en levande webb där man kan hämta information och kunskap på ett snabbt och smidigt sätt. Samtidigt pågår en diskussion om medlemskapets värde. Vad som ska ingå i ett medlemskap, vad kan jag få som medlem? Då måste även webben vara ett värde i medlemskapet! Som det är idag så kan man läsa de flesta dokumenten helt ”gratis” dvs utan ett medlemskap i Vårdförbundet och detta väcker ju frågan om just medlemskapets värde. Varför ska just jag vara betalande medlem? Ska vi ge bort vår kunskap och kompetens gratis till alla och envar som surfar på webben och söker svar? Genom att informationen på webben enbart vore exklusiv för medlemmar kan det ytterligare påvisa ett värde i medlemskapet.

Motionärerna yrkar härmed att kongressen beslutar:

Att större delen av informationen på Vårdförbundets hemsida enbart är tillgänglig för den som är inloggad.

Sektionsstyrelsen Karolinska Huddinge inom Avd. Stockholm/gnm. Mira Nyberg

Fakta/Bakgrund

I samband med att Vårdförbundets nya webbplats lanserades våren 2010 gjordes en noggrann analys av för- och nackdelar med att lägga olika typer av information och funktioner öppet för alla respektive bakom inloggning (bara för medlemmar). Analysen byggde på grundläggande kommunikationsteori, aktuell forskning om webbvanor, studier av andra aktörer och erfarenheter från organisationer liknande Vårdförbundet.

Slutsatsen blev att de flesta viktiga funktioner – som lönestatistik, Vårdsnack (community) och medlemsbutiken – lades bakom inloggning, samtidigt som det mesta av informationen görs öppen för alla. Motiveringen till att det mesta av informationen är öppen för alla är att

Vårdförbundet vill nå ut och tillgängligöra information för många olika grupper – medlemmar, potentiella medlemmar, politiker, beslutsfattare och allmänheten. Det ska vara lätt att få veta vad Vårdförbundet anser och vad Vårdförbundet gör.

Det är dessutom så att mycket av sakinnehållet i den information som finns tillgänglig på Vårdförbundets webbplats går att hitta på andra webbplatser, och då är det bättre att den finns på Vårdförbundet. Genom att viktiga och attraktiva funktioner ligger bakom inloggning säkerställs ett mervärde för medlemmarna. Detta är också en del av webben som fortsatt kommer att byggas ut.

Förbundsstyrelsens yttrande

Vårdförbundet ska kännetecknas av öppenhet och tillgänglighet. Detta gäller generellt, men givetvis främst för medlemmar. Förbundsstyrelsen menar att den analys som gjordes inför det att den nya webben lanserades fortfarande håller. Det finns många funktioner som enbart medlemmar ska ha tillgång till men däremot är det riktigt att även fortsättningsvis låta det mesta av informationen vara offentlig.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå motionen.

8. Användning av webbkonferenser (2011)

Motionär: Malin Tillgren, avdelning Skåne

Vid kongressen 2008 beslutades att Vårdförbundet skulle ta fram en miljöpolicy. Transporter till och från olika möten kan ge en negativ miljöpåverkan då vi ibland måste välja att ta flyg för att det ska vara praktiskt möjligt att närvara. Att resa med tåg tar tid, tid som medlemmarna betalar för. Det är viktigt att vi alltid funderar på vad vi använder vår fackliga tid till så att det gör så stor medlemsnytta som möjligt. Idag finns tekniska möjligheter till att ha webbkonferenser som möjliggör att man kan sitta på olika platser i landet och delta vilket ger mindre negativ påverkan på miljön och minskar tidsåtgången.

Yrkande

Med anledning av texten ovan yrkar jag:

- att Vårdförbundet vid anordnande av möten och konferenser alltid först överväger om det går att ersätta med en webbkonferens.
- att Vårdförbundet ger avdelningarna tekniska möjligheter för deltagande i webbkonferenser.

Fakta/Bakgrund

Den miljöpolicy som Vårdförbundet nu har tagit fram efter kongressen 2008 behandlar den frågeställning som finns i motionen. ”Resor i tjänsten företas på ett så klimatvänligt sätt som möjligt, i enlighet med gällande resepolicy. Vi ska sträva efter att integrera klimathänsyn i det dagliga arbetet genom att möjliggöra alternativ till resande samt klimatkompensera de flygresor som genomförs.”

I enlighet med miljöpolicyen bedrivs ett systematiskt miljöarbete för att aktivt arbeta för att minska förbundets miljöpåverkan och förebygga föroreningar. Arbetet fokuserar på avfall, energianvändning, inköp och resor, som är de huvudsakliga områdena för Vårdförbundets miljöpåverkan. Det pågår för närvarande ett arbete för att kunna utveckla interna video/webb-

konferenser. Detta sker inte som en enskild aktivitet utan ska bli en del i en sammanhållen lösning som involverar såväl telefoni och IT. Vårdförbundets telefoniplattform är föråldrad och måste ersättas och nu pågår ett arbete med att ta fram en plan för integrerad telefoni och IT-kommunikation där även tjänsterna video/webbkonferenser för avdelningarna ingår.

Redan idag används alternativ till resor i form av telefonsammanträden, exempelvis för förbundsrådets möten och kanslimöten.

Förbundsstyrelsens yttrande

En utveckling pågår redan i den riktning som motionären önskar.

Innan förutsättningarna är klarlagda vill styrelsen inte utlova vilka tekniska möjligheter som kan ges till varje avdelning.

Detta är inte enbart en teknisk fråga eller miljöpolicyfråga.

Tekniken utvecklas i snabb takt och idag är det inte tekniken som sätter begränsningarna, utan snarare vår förmåga att anpassa beteende och arbetssätt till de nya möjligheter som tekniken erbjuder. Detta ställer stora krav på de tjänster som Vårdförbundet tillhandahåller.

Det handlar om förändring av kultur och arbetssätt. Samt att dra gemensamma lärdomar av erfarenheter när webbkonferenser är lämpliga och när de inte är lämpliga.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att fortsätta utveckling för att möjliggöra ökad användning av webbkonferenser och andra alternativ för resor.

9. LIV åter! (2011)

Motionär: Marita Tengren och Martin Håland avdelning Västra Götaland

I vår vision 2018 för hälsa och helhet är en av rubrikerna: Vi ska ha plats i ledningen för vården. Det är självklart att våra chefer ska komma ifrån ”oss”. Varför står väldigt tydligt i vår skrift; Det här vill vårdförbundet. I kapitlet om Vårdförbundets idé om vårdens ledarskap finns följande ” Vårdförbundet vill se en vård som tar sin utgångspunkt i hälsa och helhet och där personer och dennes behov står i centrum ” I detta paradigmskifte utmanas organisationer, hierarkier och inte minst vårdens ledarskap – en utveckling av ledarskapet är nödvändigt på alla nivåer. Det krävs ett ledarskap som skapar arenor för lärande och utveckling och som kan överföra förbättringsarbete från enskilda öar till att strategiskt omfatta större system och helheter. Det handlar om att leda multiprofessionella processer och främja en miljö där samspel i team leder till god vård. Vårdtagaren och närstående är också en del av teamet. Detta är utgångspunkten i Vårdförbundets idé om vårdens ledarskap” (sid. 28).

Hur då påverka och stärka våra chefer som är medlemmar i Vårdförbundet att genomföra detta paradigmskifte?

I samband med uppräskning av vår medlemstidning vårdfacket till vårdfokus lade man ner chefernas egna tidning; Ledare I Vården. I vårdfokus kom det till en ny del med rubriken Ledare/Medarbetare. Bland chefer som vi mött så saknas LIV, de uttrycker att de önskar en tidning med riktat innehåll kring deras uppdrag. I denna tidning borde man kunna erbjuda artiklar och nyheter som kan ge inspiration, kompetens påfyllnad, vidareutveckling, nya tips och idéer. Samt inte minst påverka till paradigmskifte!

Därför yrkar vi att Vårdförbundet åter startar en ”egen” tidning för chefer och ledare i vården.

10. Tidning för chefer (2011)

Motionär: Ulla Althin, avdelningsordförande Stockholm

Avdelning Stockholm har skickat en enkät till alla chefsmedlemmar inom avdelningen - i de svar vi fått är det många som vill ha tidningen LIV tillbaka, de tycker inte att det som finns i Vårdfokus är tillräckligt.

Fakta/Bakgrund

I motionen beskrivs några av skälen till varför Vårdförbundet erbjuder en kollegial mötesplats för chefer och ledare och stöd samt verktyg i deras specifika och svåra uppdrag. Vi vill vara en arena för samtal om utveckling och förbättringar för chefen i den egna chefsrollen och i uppdraget men också i rollen att påverka den framtida vården. Vårdförbundet har kunskap och idéer om vården och om verksamhetens villkor och de särskilda krav som ställs på chefer och ledare.

I samband med att Vårdförbundets plattform för kommunikation sågs över så omprövades allmänt flera av de sätt som tidigare funnits för information. Det gällde bland annat information i tidningsform för specifika målgrupper (exempelvis chefer (”Liv”) och förtroendevalda (”Kanalen”)). Genom att utveckla webben och ändra uppdraget för tidningen Vårdfokus så ska informationen förbättras.

Lokala avdelningar som ansvarar för de direkta medlemskontakterna har olika sätt för information som involverar chefsmedlemmar men kan dessutom anordna personliga möten och stöd i annan form.

Nationellt har det under 2010 påbörjats en omfattande satsning som vänder sig specifikt till chefsmedlemmar – på annat sätt än genom en tidning. I samarbete med Qulturum, Jönköpings läns utvecklingsavdelning, erbjöd Vårdförbundet medlemmarna en mötesplats för förbättringskunskap i praktiken för att leda vård och vårdens utveckling. Det var ett stort gensvar och 100 deltagare från hela landet fick 18 november möjlighet att lära mer om förbättringskunskap och metoder att arbeta med förbättringar.

De svar som Avdelning Stockholm fått på sin enkät har publicerats på kongresswebben.
<https://www.vardforbundet.se/Om-Vardforbundet/Kongress/Motioner/Tidning-for-chefer/>

Förbundsstyrelsens yttrande

Det är för tidigt att redan nu dra slutsatsen att det ska starta en ny tidning för specifikt chefsmedlemmar. Tidningen LIV var en bra tidning så det är självklart att många saknar den. Skälet till nedläggningen var att utveckla kommunikationen till chefsmedlemmar på ett annat sätt samt att frigöra resurser för ett mer offensivt sätt att möta dessa medlemmars behov. Till kongressen finns det också motioner som handlar om att det kan behövas en utvecklad organisation för chefsmedlemmar och styrelsen bedömer att det för framtiden är mer väsentligt att nu komma vidare i dessa samtal.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå motionerna 9 och 10.

15.1 Vård

Idé/förslag motion

1. Jämlik vård – använd evidensbaserad kunskap

Motionär: Angelika Andersson avdelning Skåne

I Sverige har alla rätt till en jämlik vård oavsett var i Sverige vi bor. Våra medlemmars yrkesgrupper bidrar till en mkt stor del av vården med den evidensbaserade kunskapen vi har skaffat oss genom våra legitimerade yrken, men hur synliggör vi att den är jämlik? Hur omsätter vi den kunskap vi genom forskningen fortlöpande producerar? Var hittar vi den i de öppna nationella jämförelser som görs, inom den högspecialiserade vården, primärvården och äldrevården?

Jag vill att Vårdförbundet engagerar sig starkt i att fortsätta ta fram, och använda standardvårdplaner, Nationella kvalitetsregister mm där den evidensbaserade kunskapen som våra yrkesgrupper bidrar med mäts och synliggörs!

Fakta/Bakgrund

Uppföljning och utvärdering måste ingå som en del i styrningen av vården på alla nivåer. Arbetet med att utveckla nationella riktlinjer, kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer är en del i detta. Men det handlar också om att hitta kvalitets- och uppföljningsparametrar som fångar vårdens komplexitet. Det kräver att kvalitetsregistren på ett allsidigt sätt återspeglar den vård som ges, bl.a. utifrån vårdens olika kunskapsområden. Data i kvalitetsregistren kan sedan matchas mot bland annat socioekonomiska- och genusfaktorer för att visa på hur jämlik vården är. I rapporten från översynen av de nationella kvalitetsregistren Guldgruvan i Hälso- och sjukvården (Socialdepartementet och SKL 2010) betonar utredaren behovet av att förbättra kvaliteten på kvalitetsregistren. Det gäller bland annat hur de återspeglar vårdens processer och olika professioners bidrag. Se även Vårdförbundets remissvar på rapporten.

Standardvårdplaner är ett verktyg för att garantera att vården utförs enligt senaste evidens. Standardiserade vårdplaner innehåller de uppgifter eller processer som ska utföras för alla personer med ett visst hälsotillstånd, medicinsk diagnos, vissa symtom eller en viss behandling (Carnevali 1996). Standardvårdplaner utvecklas och används av hela det tvärprofessionella teamet runt patienten och följer vårdprocessen. Till varje standardvårdplan ska finnas en kunskapsöversikt/kvalitetsnorm som kan ses som standardvårdplanens styrdokument. Arbete pågår på flera ställen i landet med att utveckla standardvårdplaner och koppla dem till de elektroniska patientjournalerna.

Sjuksköterskor som har arbetat med standardvårdplaner är över lag positivt inställda och anser att de bidrar till höjd vårdkvalitet. De skäl som vanligen anges är: minskad tid för dokumentation och rapportering, mer tid för omvårdnad, minskad risk för missförstånd, ökad patienttrygghet och lika god vård till alla. Andra positiva effekter är att standardvårdplanen är ett utmärkt underlag för undervisning och att den underlättar introduktionen av nyanställda och studerande.

Vårdförbundet vill

I Vårdförbundets Vision 2018 uttrycks allas rätt att få en individuellt anpassad vård grundad på hälsa och helhet samt människornas lika värde. Visionen betonar att vården skall vara

jämställd, kunskapsbaserad, solidariskt finansierad och demokratiskt styrd. Motionärens yrkande ligger helt i linje med Vårdförbundets Vision.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att bifalla motionen.

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla motionen

2. Omskärelse av pojkar

Motionär: Lilian Olander, Ulrika Damström, Marcus Folkö-Muntzing, Terese Isacson, Charlotta Jerlström, Timmy Leijen, Lilian Olander, Carolina Orvet, Arne Svensson, Jonas Åkerman, avdelning Örebro

Kultur och religion är huvudskälen till att omkring 3000 pojkar fortfarande blir omskurna i Sverige årligen, varav en tredjedel inom hälso- och sjukvården. Kvinnlig omskärelse förbjöds 1982. Sedan oktober 2009 rekommenderar SKL alla landsting att utföra ingreppet. (http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=c7c5d258-8530-4848-ab90-5895eeab66f5_110206) SKL ambition är att stärka omsorgen kring barnet. Tyvärr är argumentation är otydlig då det gäller aktörer och genomförande av ingreppen. Dessutom menar vi att det bästa för barnen vore att helt förbjuda dessa ingrepp av ickemedicinska skäl. Vi menar att det är hög tid att tänka om.

Skälet till omskärelse skiftar. I vissa religioner är det ett påbud att pojkar ska omskäras. Under perioder t ex under 1870 talet i USA blev omskärelse populärt för att man trodde att det kunde hindra pojkar från att onanera. Det finns även medicinska argument för manlig omskärelse, såsom att risken för smittöverföring vid HIV infektion minskar om mannen är omskuren. Nyare forskning visar samtidigt att det kan bli problem för mannen minskad känsel. (http://www.varldguiden.se/Tema/Sex-och-samlevnad/Kroppen/Manlig-omskarelse/_110206) Ollonets sköra hud förtjockas av inte ha den skyddande förhuden som ett hölje. Liknande forskning visar även att erektionsproblem är större i gruppen som har blivit omskuren.

Förespråkarna oroar sig även för att lekmän ska utföra omskärelse av pojkar eller att barnen ska sändas utomlands för att bli opererade. Samma oro fanns inför förbudet mot kvinnlig omskärelse. Visst har det visat sig att barn sänts utomlands, men i betydligt mindre omfattning än vad man befarade. Det måste ställas i relation till den radikalt minskade förekomsten av kvinnlig omskärelse i Sverige.

Vi menar att nationell lagstiftning till skydd för barnet bör ha tolkningsföreträde framför kulturella och religiösa hänsyn. Jämför med svensk lagstiftningen mot barnaga där det visat sig att många länder följt Sveriges exempel.

Nu är det dags för Sverige att gå före och agera mot könsstympling av pojkar. Låt istället var och en vid myndig ålder besluta om omskärelse. Önskas det? Ja, då kan det naturligtvis ske, men först efter 18 års ålder, inom sjukvården och på egen bekostnad.

Vi menar att dessa ingrepp på små barn, vare sig det gäller pojkar eller flickor, inte är förenliga med FN:s Barnkonvention och heller inte med WHO:s grunddirektiv för sjukvården. Därför menar vi att Vårdförbundet bör agera i frågan.

Vi motionerar därför om:

att Vårdförbundet nationellt tar ställning mot manlig omskärelse.

att Vårdförbundet både lokalt och nationellt agerar för att stoppa manlig omskärelse.

Fakta/Bakgrund

Omskärelse av pojkar regleras i Omskärelselagen (2001:499) som trädde i kraft den 1 oktober 2001. Lagen ska tillämpas på omskärelse av pojkar upp till arton års ålder. Syftet med lagen var att skapa garantier för att omskärelse äger rum på ett betryggande sätt i enlighet med vad hänsynen till barnets bästa kräver. Lagen reglerar vem som får göra ingreppet och på pojkar äldre än två månader är det endast legitimerade läkare som får utföra ingreppet. Under pojkens två första månader i livet kan en särskilt utbildade och med tillstånd från Socialstyrelsen genomföra omskärelse om det sker på ett betryggande sätt.

Barnkonventionen uttrycker att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla beslut som rör barn. Varje barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör henne/honom. Barnets åsikt ska beaktas i förhållande till barnets ålder och mognad. Barnkonventionen fastslår även att lagstiftning ska skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, misshandel eller utnyttjande. Varje barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa och att traditionella sedvänjor som är skadliga för barnets hälsa ska avskaffas.

Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) centrala del handlar om respekt för individens integritet och rätt till självbestämmande om handlingar och beslut som berör henne eller honom. Det innebär individens rätt till ett informerat samtycke till ingrepp och behandlingar. Om en individ inte är myndig har vårdnadshavarna rätt att fatta beslut och då förutsätts att de handlar i enlighet med barnets bästa.

I 3§ religionsfrihetslagen (2003:453) föreskrivs att var och en har rätt att besluta om sin religiösa ställning genom att inträda i ett sådant religionssamfund som antar henne eller honom som medlem eller genom att utträda ur det. Ett barns vårdnadshavare beslutar gemensamt om barnets religiösa ställning.

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om omskärelse av pojkar och har även ansvar för tillsyn över verksamhet som sker av personer med särskilt tillstånd. I samband med en sådan granskning av verksamheten lämnade Socialstyrelsen en rapport 2005 ”Omskärelse av pojkar – Effekter av lagen (2001:499). Rapporten redovisade bland annat att sedan lagen trädde i kraft 2001 har fem personer fått tillstånd att utföra omskärelse. I rapporten framgår att framför allt pojkar i förskoleåldern inom andra trossamfund än judendomen omskärs av personer utanför hälso- och sjukvården. Lagens syfte var bland annat att få bukt med detta och Socialstyrelsens slutsats blev därmed att lagen inte har haft avsedd effekt till skydd mot att pojkar kommer till skada i vid omskärelse.

Vårdförbundet vill

Vårdförbundets värdegrund är alla människors lika i värde och rättigheter och har rätt att leva i ett samhälle som främjar hälsa. Individens delaktighet, integritet och säkerhet är grundläggande och vägleder oss som yrkesutövare och yrkesförbund. Vi ska påverka utvecklingen

av hälso- och sjukvården lokalt, regionalt, nationellt och internationellt och påverka utvecklingen i samhällsfrågor.

Vårdförbundet uttryckte redan i anslutning till remissbehandlingen av Omskärrelselagen att omskärelse av pojkar är att ingreppet står i strid med barnkonventionen. Även om omskärelse är ett ingrepp beskrivet sedan många tusen år med religiösa, medicinska eller hygieniska motiv som grund måste ingreppet kunna utsättas för en kritisk granskning. Förhållandet att en sedvänja är gammal, har en kulturell eller religiös innebörd och i Sverige anses tillhöra lagstadgad religionsfrihet betyder inte att den därmed bör fortgå utan en kritisk granskning.

Vårdförbundet såg då med oro på utformningen när det gäller ingrepp som görs på pojkar under två månader då det skulle kunna utföras av en person som inte är leg läkare och ske utanför hälso- och sjukvårdens ram utan adekvat smärtlindring. Omskärelse av pojkar är ett kirurgiskt ingrepp och förenat med risker för komplikationer i form av exempelvis blödningar och infektioner och även dödsfall har förekommit. Ett litet barn saknar möjlighet att själv göra en bedömning av riskerna.

Vårdförbundet anser därför att icke medicinskt motiverad omskärelse av pojkar bör förmås att upphöra genom kunskap och information. Vi anser att omskärelse på växande barn ska göras enbart på medicinsk indikation efter noggrann prövning av såväl indikationen som risken för komplikationer.

Syftet med lagen var att skapa garantier för att omskärelse äger rum på ett betryggande sätt i enlighet med vad hänsynen till barnets bästa kräver. Socialstyrelsen utvärdering har påvisat att lagen inte fick avsedd effekt. Eftersom det oftast rör sig om barn, kan man inte förvänta sig att barnet kan ta till sig och förstå given informationen om ingreppet. Vårdförbundet anser att det därmed är etiskt tvivelaktigt att på icke medicinska grunder utföra omskärelse på ett barn som inte själv har haft möjlighet att delta i beslutet. Ur etisk aspekt är beslut om icke-medicinskt motiverad omskärelse av pojkar svårt att förena med respekt för barnets rätt till integritet och självbestämmande med hänsyn till barnets bästa. Det finns därför skäl att avvakta med ett sådant ingrepp till dess att barnet självt kan samtycka till åtgärden.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att Vårdförbundet tar ställning mot omskärelse av pojkar.

Att Vårdförbundet på alla nivåer verkar för att omskärelse av pojkar upphör.

Att avslå motionen.

Yrkande

Ombud 148. Att Vårdförbundet tar ställning mot omskärelse av barn, både flickor och pojkar.

Ombud 105. Yrkar på avslag på förbundsstyrelsens förslag

Ombud 149 182 32 98 och 28. Byt ut POJKAR i båda att-satserna mot BARN.

Ombud 91. Yrkar att motionen " omskärelse av pojkar" återremitteras till förbundsstyrelsen för vidare behandling

Ombud 100. Låt judar muslimer och även kristina som vill att deras barn ska genomgå ingreppet bestämma. en 18 årig pojke har svårt att genomgå ingreppet då blir det en inre konflikt

Ombud 160. Att Vårdförbundet tar ställning mot omskärelse av BARN

Ombud 137,99 och 65. Yrkar på att Vårdförbundet inte tar ställning i frågan om omskärelse av pojkar

Ombud 139. Att Vårdförbundet jobbar aktivt för att omskärelse av pojkar under 18 år upphör!

Ombud 106. Yrkar på att avslå förbundsstyrelsens andra att satts.

Ombud 90. Att motion 2 återremitteras till förbundsstyrelsen

Ombud 105. Att vårdförbundet fortsätter med arbeta med frågan för att ge säker vård vid omskärelse av barn.

Ombud 60 och 187. Yrkar på att utgå från barnkonventionen

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla yrkandena från ombud 160 och 148, 149 182 32 98 och 28.

Kongressen beslutade att avslå övriga yrkanden

Kongressen beslutade att Vårdförbundet tar ställning mot omskärelse av barn.

Kongressen beslutade att Vårdförbundet på alla nivåer verkar för att omskärelse av barn upphör.

Kongressen beslutade att avslå motionen.

3. Större tillgång till skolsköterskor

Motionär: John-Erik Sjöberg

Idag är det väldigt stora grupper elever som delar på sin skolsköterska i skolan. I värre fall så delar elever på en skola på en skolsköterska som inte ens jobbar 100% och därmed endast finns tillgänglig ett par dagar i veckan. Skolsköterskan är den stora klyftan i skolhälsovården och är ofta den första personen eleven kontaktar vid behov av socialt stöd. Skolsköterskan är ofta, ibland krav av skolan/kommunen, delaktig i anti-mobbning-grupp och ses som nödvändig kontaktperson på den fronten.

Alldeles för många skolor och kommuner är för snåla idag vad gäller tjänstgörande skolsköterska till en grupp elever och därför bör vi ta tag i att kräva mer från kommunernas

sida. Skolhälsovården är den bästa platsformen att jobba preventivt vad gäller förebyggande information om sex & samlevnad, innebörd av kostbyte, allmänt påtagliga faktorer osv. Därför behöver en skolsköterska finnas på plats alla skoldagar i veckan, alla elevverksamma veckor om året. Det hälsoarbetet som inte fås på skolorna lastas istället över uppgifter till primärvården.

Jag yrkar på:

- att ställa krav på landets samtliga kommuner att ha minst en skolsköterska som jobbar 100% per skola, alternativt två skolsköterskor som jobbar 50%
- att ställa krav på landets samtliga kommuner att maxantalet elever per heltidsanställd skolsköterska är 300 elever i grundskolor med åk. F-9
- att ställa krav på landets samtliga kommuner att maxantalet elever per heltidsanställd skolsköterska är 400 elever i gymnasieskolor.
- att ställa krav på landets samtliga kommuner om lägsta deltidsanställningen för en skolsköterska är 50%

Fakta/bakgrund

Barnen är en av de viktigaste resurserna för framtidens samhälle. Skolan skall sträva efter att vara en levande social gemenskap som ger trygghet och lust att lära för framtiden. En god hälsa är en av förutsättningarna för barnens lärande. Barn och ungdomar påverkas mer av förändringar i tiden än vuxna. Under lång tid har barns allt sämre psykiska hälsa uppmärksamats. Det finns också skillnader i barns och ungdomars uppväxtvillkor, vilka kan bero på sociala, ekonomiska, etniska och geografiska förhållanden. Dessa faktorer kan variera starkt mellan olika kommuner i landet. Därmed borde det vara självklart att barnens fysiska, psykiska och sociala miljö under skoltiden är så optimal som möjligt och att elevhälsans arbete tar utgångspunkt i barnens behov.

Sverige har fått en ny skolag. I den nya skollagen (2010:800) som beslutades av riksdagen den 22 juni 2010 har större fokus satts på Elevhälsan. Lagen trädde i kraft 1 augusti 2010 och ska tillämpas på utbildningar och annan verksamhet från och med den 1 juli 2011.

I lagen finns flera nyheter och förändringar när det gäller elevhälsan:

Elevhälsa blir ett nytt begrepp i skollagen och ska anordnas för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan.

- Elevhälsans förebyggande och hälsofrämjande roll blir tydligare
- Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser
- Alla elever ska, utöver skolläkare och skolsköterska, ha tillgång till psykolog, kurator och personal med specialpedagogisk kompetens
- Nya sekretessbestämmelser

Inom ramen för elevhälsan har skolsköterskans arbete både ett helhetsperspektiv och ett hälsofrämjande perspektiv på barn och ungdomar. Skolsköterskor har därmed en viktig roll inom skolans elevhälsa. Skolsköterskan är oftast den första kontakten för en elev som söker kontakt vid behov av socialt stöd. Skolsköterskan utgör basen i elevhälsan.

Idag diskuteras antalet elever per skolsköterska/skolläkare på flera håll och i utredningen (Från dubbla spår till elevhälsa, SOU 2000:19) visade statistik att spridningstalen för skolsköterskor/skolläkare varierade stort på antalet elever per skolsköterska/skolläkare över landet. Riksföreningen för Skolsköterskor har också tillsammans med Svenska Skolläkarföreningen rekommenderat ett elevunderlag på 400 elever per heltidsanställd skolsköterska och 4000 elever per heltidsanställd skolläkare. I den nya skollagen anges inget tak för antal elever per elevhälsoenhet. Ansatsen är att en dimensionering av ett team för elevhälsan måste spegla de behov och förhållanden som råder vid varje enskild skola i kommunen.

Begreppet "tillgång till" i den nya skollagen är valt för att vara anpassat till olika skolors förutsättningar. Av skollagens förarbete (prop 2009/2010:165) framgår att man inte anser det vara rimligt att det på små skolor ständigt ska finnas till hands en skolsköterska, skolläkare, kurator eller någon annan av de nämnda yrkeskategorierna.

Huvudmannen avgör hur mycket personal skolan ska ha och vilken kompetens som behövs utifrån lokala behov och förutsättningar. Men den personal som finns för elevhälsans insatser ska ha den utbildning som behövs för att klara elevernas behov. Ett syfte med bestämmelserna har varit att stimulera samverkan mellan den särskilda elevvården (kurator och psykolog), skolhälsovården (skolsköterska/skolläkare) och de specialpedagogiska insatserna.

I vårt remissvar på utredningen (Från dubbla spår till elevhälsa, SOU 2000:19) svarade vi att dimensioneringen och kompetensen i ett team för elevhälsan måste spegla de förhållanden som råder vid varje enskild skola i Kommunen. Därför kan det vara svårt att ange ett fixt antal elever per skolsköterska/skolläkare.

Ett övre tak för antal barn per skolsköterska kan bli ett hinder om behoven av skolsköterskans närvaro är större än vad antalet anger. Exempelvis vid mindre skolor där elevantalet är så pass lågt att det skulle krävas flera skolor för att nå upp till ett bestämt antal elever per skolsköterska. Vilket i sin tur skulle innebära att eleverna endast skulle ha tillgång till skolsköterska någon enstaka gång per vecka. Ytterligare exempel kan vara att en skola som har det fastställda antalet elever, men där eleverna har stora behov. Viket skulle innebära ett faktiskt behov av flera skolsköterskor.

Vårdförbundet vill

Vårdförbundet anser att detta inte får innebära en allt för gles bemanning av elevhälsan så att syftet att verka förebyggande och hälsofrämjande inte uppnås. När barn och ungdomar får problem eller frågor som elevhälsan skall bistå med kan de inte vänta till nästa dag/vecka – barn och unga behöver en trygg och nära kontakt med i första hand sin skolsköterskan

Vårdförbundets arbetar med utgångspunkten att medlemmar bör vara heltidsanställda.

Förbundsstyrelsen föreslår

Att kongressen har en vägledande diskussion rörande inriktningen på det fortsatta arbetet inom elevhälsoområdet.

Yrkande

Ombud 181,082, 049, 136, 107, och 148. Att arbetsgruppen har ett samarbete med ex riksföreningen för skolsköterskor

Ombud 23, 122,188,86,56 och 155. Yrkar på att i arbetsgruppen skall ingå representant från RF skolsköterskor

Ombud 152. Yrkar på att inte binda in sig i de "nyckelord och trender" utan avsluta vid ... stödja medlemmarna.

Ombud 34, 168, och 16. Att skapa en representativ arbetsgrupp

Ombud 129. Yrkar på Att. byta ut ordet "tillskapa" mot "Tillsätta"

Ombud 93, 60 och 187. Yrkar på en tydlig tidsplan

Ombud 149. Tilläggsyrkande - påverka omvärlden och vården, projektplan

Ombud 46, 140, 115, 173 och 74. Att det sätts en tidsplan för arbetsgruppen

Ombud 32 och 182. Gruppen ska presentera en projektplan inom snar framtid

Ombud 137, 99, 65, 198, 132, 165. Resultatet av arbetet skall presenteras senast före 2012 års utgång

Ombud 93, 60 och 187. Komplettera förbundsstyrelsens förslag med en tidsplan under kongress perioden

Ombud 149. En projektplan får inte ta för lång tid att få fram

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla yrkandena från ombud 181,082, 049, 136, 107, och 148, 23, 122,188,86,56 och 155. 34, 168, och 16, 93, 60 och 187, 149, 46, 140, 115, 173 och 74, 32 och 182, 93, 60 och 187 samt 149

Kongressen beslutade att avslå övriga yrkanden.

Kongressen beslutade att avslå motionen

Kongressen beslutade att förbundsstyrelsen får i uppdrag att tillskapa en arbetsgrupp som arbetar utifrån nyckelord och trender som vi ser, för att påverka omvärlden och vården och stödja medlemmarna; team, delaktighet, kvalitetskriterier, ledningsorganisation

4. Geriatrisk sjukvård och dess framtida inriktning

Motionärer: Dennis Svensson, Helsingborgs lasarett, Tord Rausner, Primärvården Skåne, Agneta Gustafsson, Ängelholms sjukhus, Cecilia Kadanik, Helsingborgs lasarett

Geriatrisk betyder läran om åldrandets sjukdomar. Idag ser den geriatriska sjukvården lite olika ut i landet. Det gäller att se helheten, hela människan och alla de svagheter och styrkor sjukdomarna medför. Det är det geriatriska sjukvården måste börja ta fasta på. Här kan vi sjuksköterskorna ta större plats med våra specialistkunskaper i geriatrisk omvårdnad. Med tanke på vårdens inriktning borde det vara klart att alla sjuksköterskor ha utbildning i geriatrisk, det vill säga framför allt specialistutbildning i äldrevård, men även som distriktssköterska. Det finns idag sjuksköterskor med adekvat specialistutbildning, men ofta utan att arbetsgivaren använder sig av deras kompetens fullt ut.

Idag är det svårigheter att rekrytera sjuksköterskor till geriatrisk sjukvård då satsningar inom sjukvården ofta är fokuserade på andra specialiteter. Geriatriken har alldeles för låg status i samhället i förhållande till andra specialiteter.

Vi yrkar därför:

ATT Vårdförbundet arbetar för att man inom den geriatriska sjukvården använder vår kompetens fullt ut.

ATT Vårdförbundet arbetar för att den geriatriska sjukvården får en högre status i samhället.

ATT Vårdförbundet arbetar för att den geriatriska sjukvården ska kräva sjuksköterskor med specialistutbildning i äldrevård eller distriktssköterskeutbildning.

ATT Vårdförbundet arbetar för att rätt kompetens anställs och leder den geriatriska omvårdnaden.

Fakta/Bakgrund

Den äldre befolkningen ökar och lever längre med både funktionshinder och kroniska sjukdomar. Till följd av detta blir äldrevården allt mer komplex och får av allt mer behov av specialistkunskap och kompetens kring åldrandet och de äldres sjukdomar. Internationell forskning visar att det finns ett direkt samband mellan sjuksköterskors kompetens och patienternas möjligheter till överlevnad, symtomminskning och välbefinnande. En hög kunskapsnivå bland yrkesutövarna i vården är således en förutsättning för att möta befolkningens behov och rätt till god vård. Trots detta har andelen specialistutbildade sjuksköterskor minskat från 67 % till ca 49 % sedan 1995. Dagligen får vi bevis på vad som händer när vården inte använder sjuksköterskors kunskaper fullt ut. Vi ser också hur farliga situationer uppstår för patienten när det saknas sjuksköterskor med specialistkompetens. Vi ser dessutom hur vårdkedjan för äldre brister det förebyggande hälsoarbetet, eftervården och att hemsjukvården haltar.

Den låga andelen specialistsjuksköterskor har fått till följd att vårdgivarna har svårt att rekrytera ett tillräckligt antal specialistsjuksköterskor inom många områden. Ett av dessa områden är äldrevården. I regeringens kommittédirektiv ”Trygghet och säkerhet för individen – behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst” (Dir. 2009:25) skrivs bland annat att det finns anledning att se över det förhållande att det utbildas för få specialist-sjuksköterskor jämfört med hälso- och sjukvårdens behov. Sjuksköterskans omvårdnads-kompetens präglas av ett etiskt förhållningssätt och en helhetssyn som bygger på vetenskap

och beprövad erfarenhet. En sjuksköterska som är expert utmärks just genom sin helhetssyn, den höga förmågan att oberoende av regler prioritera och agera. En kompetens som också behövs i äldreården. En god omvårdnad förutsätter att personalens kunskaper tas tillvara fullt ut och att organisationen stödjer arbetet så att vårdskador och arbetsskador undviks.

Den svenska omvårdnadsforskningen har under flera år producerat kunskap om äldre personers behov, som hälsa, kroppsnära omvårdnad, sårvård, sömn, trycksårsprefylax, törst och ätande. Sjuksköterskan arbetar kunskapsbaserat genom att förebygga, trösta, stödja, lindra, åtgärda och behandla. Fler specialistutbildade sjuksköterskor behöver anställas i äldreården. Det ingår också i sjuksköterskans arbete att ansvara för att leda och samordna patientnära omvårdnad. Kunskapsutvecklingen kommer att kräva allt mer utbildning för den specialistkunskap som krävs för specifikt ansvar och specifika uppgifter inom exempelvis den geriatriska omvårdnaden.

På Vårdförbundets kongress i november 2008 togs beslut om ”Vårdförbundets utbildningspolitiska idé”. Den utbildningspolitiska idén bygger på våra grundläggande värderingar, våra etiska koder och vår syn på utvecklingen av vården och vårdens system. Den bygger också på vårt uppdrag att skapa de allra bästa villkoren för att utöva yrket. Där beskrivs vårt ställningstagande till grund och specialistutbildning för våra fyra yrken och som ligger till grund för vårt arbete med utbildningsfrågorna.

Vårdförbundet vill

Vårdförbundet har sedan kongressen 2008 arbetat med utbildningsfrågorna som en del av fokusområdet profession. Nationellt har Vårdförbundet haft möjlighet att driva frågorna i två utredningar initierade av regeringen, dels Högskoleverkets utredning kring framtidens specialistutbildning för sjuksköterskor som resulterade i en rapport Sjuksköterskors specialistutbildning – vilken slags examen? (2010:5 R) och utredningen Trygghet och säkerhet för individen – behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst (Dir. 2009:25) med betänkande ”Kompetens och ansvar” (SOU 2010:65). Dessa båda utredningar har inte kommit fram med några konkreta förslag men de har bekräftat de problem som finns och att det behövs ett fortsatt arbete för att lösa problemen. Vårdförbundet har därför inlett diskussioner med utbildningsdepartementet, socialdepartementet, universitet och högskolor samt Sveriges kommuner och landsting, SKL.

Vårdförbundet driver frågor kring hur utbildningarna skall utformas i framtiden för att motsvara vårdens behov av specialister. Särskilt viktigt är frågan om att våra utbildningar såväl grund- som specialist- är nationellt reglerade för en god och jämlik vård. Även frågan om akademisk yrkesexamen på avancerad nivå med progression i yrkets huvudområde är en viktig förutsättning för att förankra yrkena i akademien.

Vårdförbundet vill se en vård som har hälsa och helhetssyn som mål och där individen och dennes behov står i centrum. För att nå dit krävs så genomgripande förändringar i vården och vårdens system att man kan tala om ett paradigmskifte. Genom att använda begreppet äldreården som är ett bredare begrepp en geriatriks omvårdnad lyfts även helhetsperspektivet och hälsans betydelse exempelvis för den äldres tillfrisknade vid sjukdom. I ett paradigmskifte som här beskrivs ska då den geriatriska omvårdnaden ledas av en specialistutbildad sjuksköterska inom äldreården. Även andra specialistkompetenser kan ha stor betydelse inom äldreården, exempelvis distriktssköterskor.

För att höja äldre/ vårdens status arbetar Vårdförbundet med äldrefrågor genom bland annat att framföra våra krav i skriften ”10 punkter för en god och säker hemsjukvård för äldre” samt i vårt deltagande i föreningen BRAVÅ.

Förbundsstyrelsen föreslår

Att kongressen har en vägledande diskussion rörande inriktningen på det fortsatta arbetet inom vården av äldre.

Yrkande

Ombud 74, 46, 173 ,140, 8 och 115 Vi yrkar på att Vårdförbundet arbetar för att specialistutbildning mot äldrevård skall vara betald.

Ombud 149. Tillägg första meningen efter framtiden s behov... lägg till - syn på

Ombud 83. Yrkar att vårdförbundet arbetar för att öka statusen på äldrevårdens specialistutbildningar

Ombud 83. Yrkar för att vårdförbundet gör specifika fullt ut kampanjer riktade för äldrevården

Ombud 156. Yrkar på ändring från profession till yrkesgrupper.

Beslut

Kongressen beslutade bifalla yrkandena från ombud 149 och 156.

Kongressen beslutade att avslå övriga yrkanden.

Kongressen beslutade att hantera yrkandet från ombud 74, 46, 173,140, 8,och 115 under punkt 16.

Kongressen beslutade att förbundsstyrelsen får i uppdrag att tillskapa en arbetsgrupp som arbetar med att fördjupa och utveckla de program/dokument som är framtagna för att möta framtidens syn på och behov av vård och hälsa för äldre.

Kongressen beslutade att samarbeta med berörda organisationer och yrkesgrupper.

Kongressen beslutade att arbetsgruppen snarast utses samt utarbetar en projektplan.

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

5. Har ÄDEL spelat ut sin roll och är det dags för nytänkande?

Motionärer: Dennis Svensson, Helsingborgs lasarett, Tord Rausner, Primärvården Skåne, Cecilia Kadanik, Helsingborgs lasarett

ÄDEL-reformen 1992 som innebar att delar av sjukvården övertogs av kommunerna och att äldrevården skulle inriktas alltmer på att efterlikna egnahem. Idag hamnar en del äldre mellan den regionala sjukvården och den kommunala vården. Var och en ser till sitt, men någonstans där emellan kommer patienterna. De äldre patienterna åker ibland fram och tillbaka till sjukhusen för att få sjukvård som tidigare kunde ges på andra institutioner.

Ofta saknas en tydlig och långsiktig vårdplan för våra äldre med vårdbehov. Denna ska kunna skrivas i samarbete mellan kommuner, eller privata aktörer, och primärvården. Vårdkvaliteten och patientsäkerheten skulle öka. Vi ska inte tillbaka till våra gamla institutioner, men det känns som om ÄDEL-reformen har spelat ut sin roll och det är dags för något nytt, där patienterna är i centrum och sjukvården styrs av EN huvudman.

Vi yrkar därför:

ATT Vårdförbundet arbetar för att finna vägar för ett ökat samarbete mellan vårdens alla aktörer.

ATT Vårdförbundet arbetar för att alla äldre med vårdbehov ska ha en långsiktig vårdplan (med bl a vårdnivå) som sedan kontinuerligt utvärderas.

ATT Vårdförbundet arbetar för en återgång till en huvudman i sjukvården.

ATT Vårdförbundet arbetar för en införandet av en vård med holistiskt tänkande och med patienten i centrum.

Fakta/Bakgrund

Sedan Ädelreformens genomförde 1992 (prop, 1990/91:14) har flera reformer skett och fått betydelse för vård och omsorg för äldre. Reformen så som Handikappreformen (prop.1992/93:159, infördes 1994) och psykiatrireformen (prop. 1993/94:218, infördes 1995). Regelverk som också styr individens rätt till vård och omsorg är lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS).

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utvärdera reformerna. I sin slutrapport (1996:2) av Ädelreformen redovisade Socialstyrelsen reformens positiva effekter men pekade samtidigt på en rad kvarstående problem. Bland annat var ansvaret för insatser i ordinärt boende fortfarande splittrat mellan landsting och kommuner. De förväntade samordningsvinsterna har försvårats genom att det finns parallella organisationer framförallt inom hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedelsverksamhet. Genom de allt kortare vårdtiderna på sjukhus har ansvaret för att vårda allt fler svårt sjuka personer med stora omvårdnadsbehov förts över till kommunernas vård- och omsorg och landstingens primärvård.

Andra problem som lyfts fram är brister i medicinsk kompetens och i läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg. Socialstyrelsen påvisade också behovet av en förbättrad samverkan bl.a. på grund av det delade ansvaret för hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel. Därefter har Socialstyrelsen fortsatt att till regeringen återkommande rapportera om reformens förtjänster och dess brister, bl.a. när det gäller läkarmedverkan, hemsjukvård och rehabilitering. Ädelreformen och strukturförändringar inom sjukhusvården, med en snabb

medicinsk och medicinskteknisk utveckling, färre vårdplatser och kortare vårdtider, har bidragit till att en allt större del av samhällets vård och omsorg om äldre bedrivs i kommunal regi.

Samverkansutredningen (dir. 1999:42) som tillsattes 1999 fick i uppdrag att beskriva och analysera samverkansproblem samt lämna förslag på åtgärder som förbättrar möjligheterna till samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg. En ny lag (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet infördes den 1 juli 2003 (prop. 2002/03:20, bet. 2002/03:SoU12, rskr. 2002/03:158). Kommuner och landsting kan bilda en gemensam nämnd för att fullgöra uppgifter reglerade i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL och LSS .

En ny bestämmelse infördes den 1 januari 2007 i 26 d § hälso- och sjukvårdslagen (prop. 2005/06:115), som innebär att landstinget och kommunen ska samverka så att enskilda får den vård och behandling m.m. som deras tillstånd fordrar. Lagen (2008:962) om valfrihetssystem trädde i kraft den 1 januari 2009. Den innebär att kommuner och landsting kan välja att införa ett system för fri etablering inom omsorg och vård. Lagen är konstruerad för att göra det enkelt att etablera sig som leverantör till offentlig sektor, vilket förväntas gynna små företag och organisationer. Valfrihetssystemet är ett alternativ till upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) och kan tillämpas på bl.a. omsorgs- och stödverksamhet för äldre och för personer med funktionsnedsättning samt på hälso- och sjukvårdsinsatser.

Den 1 januari 2010 infördes bestämmelser i 5 § hälso- och sjukvårdslagen som innebär att samtliga landsting är skyldiga att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med ersättning från landstinget (SFS 2009:140). Landstingen använder sig av lagen om valfrihetssystem i upphandlingen av primärvården.

Den dåvarande regeringen tillkallade 2003 en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av vård och omsorg om äldre — tio år efter Ädelreformen (dir. 2003:04). Utredaren överlämnade betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) till regeringen i juni 2004. Enligt utredaren är det största problemet att äldre och andra personer med sammansatta eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov får vård och omsorgsinsatser utan en helhetssyn på deras problem på grund av otydliga ansvarsgränser och bristande samverkan mellan olika verksamheter och yrkesgrupper.

De korta vårdtiderna och bristande samordning av insatserna från sjukhus, landstingens primärvård och kommunal vård och omsorg skapar otrygghet hos många med stora behov av vård och omsorg. Bristen på samordning gör att många insatser blir till begränsad eller ingen nytta för den enskilde. Utredaren föreslog att huvudmannaskapet för hemsjukvården genom lag skulle föras över från landstingen till kommunerna för att få en sammanhållen hemvård. Undantagna var dock läkarinsatser. Två tredjedelar av landets kommuner ansvarar idag för hemsjukvården.

Regeringen tillsatte hösten 2010 en nationell samordnare för hemsjukvård (Dir.2010:71) Samordnaren ska göra följande:
identifiera och analysera vilka hinder och problem som finns för att resten av landets kommuner på frivillig väg ska överta ansvaret för hemsjukvården,

formulera strategier samt ta fram regionalt anpassade modeller för hur ett frivilligt övertagande av hemsjukvården från landsting till kommunerna kan genomföras i de landsting

där landstinget är huvudman för hemsjukvården,

utreda om kommunerna ska ges befogenhet att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare samt i övrigt belysa frågan om kommunernas faktiska förutsättningar att bedriva hemsjukvård,

analysera konsekvenserna av ett eventuellt sådant förslag, samt,

om samordnaren bedömer att en sådan befogenhet ska ges, lämna nödvändiga författningsförslag.

Vårdförbundet vill

Vårdförbundet vill se en vård som har hälsa och helhetssyn som mål och där individen och dennes behov står i centrum. För att nå dit krävs så genomgripande förändringar i vården och vårdens system att man kan tala om ett paradigmskifte.

Dagens vård är ett förhållandevis slutet system. För en ökad vårdtagarmakt krävs öppenhet kring vårdens prioriteringar, resultat och säkerhet. Genom att regelbundet mäta, följa upp och öppet redovisa resultat och utveckling inom olika områden kan säkerhet och kvalitet i verksamheten förbättras. På individnivå är strukturerade vårdplaner ett sådant system.

När vi diskuterar framtidens vård, organisation och system, måste vi tänka bort dagens hierarkier och stuprör. Vården skall utformas med fokus på vårdtagarens/individens behov för att nå bästa resultat genom att i samverkan använda de kunskapsområden och kompetenser som vårdens professioner representerar. Ur individens perspektiv är det i allmänhet oviktigt vilken organisation som producerar vården. Det som är viktigt är att verksamheten är tillgänglig och tillförlitlig.

Med utgångspunkt i vårdtagarens behov ska de kompetenser som behövs, gemensamt skapa en sammanhållen vård till nytta för just den individen. Något som kan ske genom att vården organiserar sig i tvärvetenskapliga team som arbetar mot samma mål och där alla deltar på lika villkor, skapar goda förutsättningar för att kunna komplettera varandras kunskaper och därmed nå en säker vård och det bästa resultatet för patienten.

I arbetet med en nationell samordnare för hemsjukvård har samordnaren bildat en arbetsgrupp där Vårdförbundet är representerade. Vårdförbundet för här fram sina samlade synpunkter enligt skriften ”10 punkter för en god och säker hemsjukvård för äldre”. Detta innebär bland annat ett ökat samarbete mellan vårdens alla aktörer, att alla äldre med vårdbehov ska ha en långsiktig planering och att vården utvärderas, ett patientcentrerat arbetsätt och att vården vilar på ett holistiskt förhållningssätt och stödjer utredarnas inställning till en sammanhållen hemsjukvård.

I en sådan samverkan ser Vårdförbundet att våra medlemsgrupper har större möjlighet till att självständigt driva omvårdnadens utveckling med hälsan i centrum mot framtidens vård.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut
Bifall till första, andra och fjärde Att-satserna.
Avslag till tredje Att-satsen.

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla första, andra och fjärde Att-satserna.

Kongressen beslutade att avslå tredje Att-satsen.

15.2 Vårdförbundets idé om vården

Vårdförbundet vill se en vård som har hälsa och helhetssyn som mål och där individen och dennes behov står i centrum. Oavsett vårdbehov och livssituation ska alla människor kunna lita på att just hon får den vård som hon behöver när den behövs.

Svensk vård är i ett internationellt perspektiv mycket bra när vi mäter parametrar som till exempel överlevnad vid olika diagnoser och behandlingsresultat, mödra- och barnadödlighet, medellivslängd m.m. Däremot vet vi att det finns stora brister när det gäller säkerheten i vården. Områden som läkemedelshantering, hygien, kommunikation och dokumentation liksom samordning av vården har identifierats som strategiska för att förbättra vården. Traditionella hierarkier och maktstrukturer är allt för ofta utgångspunkten i dagens system och individen som söker vård får anpassa sig till detta.

Vårdförbundets utgångspunkt är att varje människa är unik och att alla människor har samma värde och samma rätt att leva i ett samhälle som främjar hälsa, med tillgång till en god, säker och väl fungerande vård på lika villkor utifrån sina individuella behov. Den som har de största behoven ska ges företräde till vård. Utifrån detta självklara faktum måste en god och säker vård byggas.

Vården har ansvar för undersökning, vård och behandling för att återställa eller behålla hälsa men har också inom detta område ansvar för forskning och utbildning.

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.

Rätten till ett hälsofrämjande samhälle

Alla människor är berättigade till de fri- och rättigheter som uttalas i FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter. Hälsa är avgörande för att kunna delta i och tillämpa demokrati. Därför ska också alla människor ha rätt att leva i ett samhälle som främjar hälsa, med tillgång till en god och fungerande vård på lika villkor.

Hälsa har också stor betydelse för ekonomisk utveckling och är en viktig beståndsdel för det sociala kapital som ett land kan räkna till sina tillgångar. För att få en uppfattning om vilka samhällskostnader som är förenade med ohälsa, är det nödvändigt att ha ett helhetsperspektiv på såväl samhällets resurser som kostnader. Det betyder att samhället både

måste se till vilka förlorade intäkter som ohälsa kan leda till och vilka kostnader i form av vård, socialförsäkringar och andra samhällsinsatser som ohälsa medför.

Sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor ska utifrån sitt yrkesansvar och sin specifika kunskap utgå från en helhetssyn på människan i förhållande till såväl vetenskapliga och samhällseliga som etiska aspekter. Yrkesgrupperna spelar en viktig roll för att påverka det som krävs för ett hälsofrämjande samhälle, som till exempel grundläggande trygghet, bra bostäder, rent vatten och utbildning.

Det hälsofrämjande arbetet ska baseras på folkhälsoprognoser, som görs utifrån en helhetssyn på individen och på samhället.

Ett hälsofrämjande samhälle är också ett hållbart samhälle ekologiskt, ekonomiskt och socialt.

Aktiv påverkan

De yrken som organiseras i Vårdförbundet har kunskap som ska användas både för den enskilde vårdtagaren och för att leda, planera och utveckla såväl vårdens olika organisationer som hela system.

Genom att vara med i arbetet och aktivt påverka vårdens system och organisation och delta i vårdpolitiska diskussioner kan vi medverka till att resurserna används på bästa sätt och samtidigt bidra till en god vårdmiljö.

Vi bidrar med vår kunskap både till en god vård för individen och till vårdens utveckling.

En god vårdmiljö

Vårdmiljön handlar både om vårdtagarens behov och om yrkesutövarens rätt till goda arbetsvillkor. Hälsa är det gemensamma målet som vårdmiljön ska stärka. En bra vårdmiljö ska vara ett stöd för det goda vårdmötet och ge förutsättningar för att sätta vårdtagaren i centrum.

Det är i vårdmötet som kvalitén i vården skapas genom att yrkesutövarnas kunskap används utifrån vårdtagarens behov. Det är denna kunskap som också skapar förutsättningar för och ger stöd till vårdtagarens integritet och självbestämmande.

Hälsa är det gemensamma målet som vårdmiljön ska stärka.

Paradigmskiftet

Framtiden ställer nya krav på vården. Vårdtagarmakt och hälsa är nya perspektiv som påverkar vården dess innehåll och organisation. Socialstyrelsen sammanfattar god vård som kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och den ska ges inom rimlig tid. I USA har bland annat QSEN (Quality and Safety Education for Nurses) beskrivit kraven på framtidens vård som vårdtagaren i fokus, teamarbete och samarbete med andra, evidensbaserad vård, förbättringsarbete och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik. Det finns en bred enighet i världen om vad framtiden ställer för krav och som vi som professioner kan bidra till att uppfylla.

Vårdförbundet vill se en vård som har hälsa och helhet som mål och där individen och dennes behov står i centrum. För att nå dit krävs så genomgripande förändringar i vården och vårdens

system att man kan tala om ett paradigmskifte. De perspektivförändringar vi i Vårdförbundet ser som strategiska för att få en förändring i Sverige kan illustreras enligt bilden nedan.

Vårdens paradigmskifte:

Organisation – Individ

Sjukdom och diagnos – Hälsa och helhet

Hus – System

Slutenhet – Öppenhet

Hierarkier – Team och samarbete med andra

Ekonomistyrning – Kunskapsstyrning

Framtiden ställer nya krav på vården. Omfattande förändringar behövs.

Allas lika värde kräver att vårdens resurser och kunskap fördelas och används så att jämlik vård kan garanteras i hela landet.

Från organisation till individ

Vårdtagarens berättelse, kunskap och aktiva medverkan är grundläggande förutsättningar för en god vård. Vårdtagaren ska mötas av den kunskap och kompetens som just han eller hon behöver och organisationen ska anpassas för att klara av detta. Det är därför viktigt att olika kunskapsområden och kompetenser kan nås av vårdtagaren, kopplas samman och kombineras på ett flexibelt sätt utifrån individuella behov.

Genom att flytta fokus från organisation till individ skapar vi förutsättningar för vårdtagarens delaktighet och självbestämmande och en grund för trygghet och tillit. Varje individs samlade behov ska vara utgångspunkten för hur vi kopplar samman olika yrkesgruppers kunskap i vårdprogram och vårdkedjor – oavsett var kompetenserna finns eller vem som är huvudman.

När vi diskuterar framtidens vård, organisation och system, måste vi ”tänka bort” dagens hierarkier och stuprör. Vården ska utformas med fokus på vårdtagarens/individens behov för att nå bästa resultat genom att i samverkan använda de kunskapsområden och kompetenser som vårdens professioner representerar.

Vårdtagaren ska mötas av den kunskap och kompetens som just han eller hon behöver och organisationen ska anpassas för att klara av detta.

Från sjukdom och diagnos till hälsa och helhet

Vården är idag till stor del organiserad och planerad med utgångspunkt i sjukdom och diagnos och medicinska specialiteter och subspecialiteter. För att nå det bästa resultatet för varje individ och för samhället i stort måste vården i stället utgå från den enskilde individen och dennes samlade behov. Målet ska alltid vara hälsa och helhet.

Hälsa är inte bara frånvaro av sjukdom utan omfattar såväl fysiskt och psykiskt, socialt och andligt välbefinnande. Alla har rätt till hälsa också vid sjukdom – vården har därmed en avgörande uppgift att inte bara ta hand om och bota det sjuka utan också att återställa hälsa eller ge stöd för att uppnå en förbättrad hälsa.

Egenvården är en ofta outnyttjad potential som bör tillvaratas och utvecklas för att stärka hälsan. Vården ska tillhandahålla tjänster som kan ge individen upplysning, råd och stöd som

leder till ett ökat lärande om hälsa, och stärker vårdtagarens eget engagemang för att förbättra den egna situationen.

Det krävs många olika kompetenser från många olika kunskapsområden som kan stödja individen på olika sätt. Det handlar inte enbart om medicinsk kunskap utan också om andra kunskapsområden som finns inom till exempel omvårdnad, laboratoriemetodik, medicinsk teknik, apotek, socialtjänst och rehabilitering.

Vårdens uppdrag är också att vara en aktiv aktör i samhällets utveckling och genom sin breda kunskap och specifika kompetens bidra till en god folkhälsa. Bättre folkhälsa, tidig upptäckt och att folk får vård i tid är både ekonomiskt och rent mänskligt det allra bästa resultatet. Att alla erbjuds ett samtal om sin hälsa är ett sätt att planera och individualisera insatserna.

Målet för vården ska alltid vara hälsa och helhet.

Från hus till system

Ur individens perspektiv är det i allmänhet oviktigt vilken organisation som producerar vården. Det som är viktigt är att verksamheten är tillgänglig och tillförlitlig. Med utgångspunkt i vårdtagarens behov ska de kompetenser som behövs, gemensamt skapa en sammanhållen vård till nytta för just den individen. Då måste samverkan ske i ett sammanhållet system för att kunna garantera hög säkerhet och ett effektivt resursutnyttjande.

För att öka tillgängligheten måste vårdtagarna också kunna välja mellan fler ingångar till vården än vad som är möjligt idag. Det ska vara tydligt vart man ska vända sig för att få hjälp. Vården ska vara resultatorienterad och ständigt arbeta med de bästa lösningarna utifrån tillgängliga resurser och individens behov. För att nå god kvalitet i vården ska befolkningen kunna känna att de har tillgång till den kunskap som behövs för att säkerställa en vårdkedja – från diagnos till uppföljning – och att de olika kompetenserna samarbetar i ett system som är väl sammanhållet och som fungerar över tid. Då kan människor känna trygghet för systemet och överkonsumtion av vård motverkas.

Samverkan måste ske i ett sammanhållet system för att kunna garantera hög säkerhet och ett effektivt resursutnyttjande.

Från slutenhet till öppenhet

Dagens vård är ett förhållandevis slutet system. För en ökad vårdtagarmakt krävs öppenhet kring vårdens prioriteringar, resultat och säkerhet. Genom att regelbundet mäta, följa upp och öppet redovisa resultat och utveckling inom olika områden kan säkerhet och kvalitet i verksamheten förbättras. Kvalitetsindikatorer som speglar vårdens olika kunskapsområden är nödvändigt.

Nationella kvalitetsregister och införandet av vårdval är ett steg i rätt riktning och har till del öppnat upp systemet för vårdtagarna. Men en fortsatt utveckling krävs för att vi ska nå den transparens som är önskvärd för att vårdtagarna ska kunna vara delaktiga fullt ut och fatta välgrundade val om sin egen vård och sin egen hälsa.

För en ökad vårdtagarmakt krävs öppenhet kring vårdens prioriteringar, resultat och säkerhet.

Från hierarki till team

Vården är en kunskapsintensiv verksamhet där flera relativt nya vetenskaper samsas med de etablerade kunskapsområden som funnits länge och som också uppfattas som det som *är* hälso- och sjukvården. Med en kunskapsintensiv verksamhet krävs organisation och system där all kunskap finns tillgänglig utifrån vårdtagarens behov. Vårdens beslutsystem behöver utvecklas för att vara kunskapsbaserad utifrån all tillgänglig vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vården ska utgå från patientens behov. Alla inom vårdens professioner har ett eget ansvar för att bidra med den bästa kunskapen. Men den snabba utvecklingen gör att det inte längre är relevant att se vårdens kunskapsområden ur ett traditionellt hierarkiskt perspektiv. Samarbete och samverkan behövs mellan alla vårdens kunskapsområden och yrkesgrupper. Att organisera sig i tvärprofessionella team som arbetar mot samma mål och där alla deltar på lika villkor, skapar goda förutsättningar för att kunna komplettera varandras kunskaper och därmed nå en säker vård och det bästa resultatet för patienten.

Samarbete och samverkan i tvärprofessionella team skapar goda förutsättningar för en säker och god vård.

Från ekonomistyrning till kunskapsstyrning

De ekonomiska styrsystem som används i vården idag motverkar en helhetssyn på vården. De stödjer fortfarande en verksamhet som bygger på uppdelning, sektorisering och fragmentisering.

Vi menar att det är de ekonomiska styrsystemen som ska utformas efter verksamheten, inte tvärtom. Styrsystemen ska utgå från befolkningens behov och ska säkerställa individens självbestämmande och integritet. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella vårdtagarens behov på bästa möjliga sätt.

Ett exempel på redan befintlig kunskapsstyrning är genom nationella vårdprogram och riktlinjer. De består av medicinska och hälsoekonomiska faktadokument samt dokument för beslutsstöd. De används som underlag för resursfördelning som baseras på prioriteringar i vårdkedjan för olika sjukdomsgrupper. När det gäller dessa riktlinjedokument finns dock möjlighet till förbättringar för att de skall belysa HELA vårdkedjan.

Vår idé om vårdens styrning bygger på följande kännetecken:

- Tillförsäkrar individen självbestämmande och integritet.
- Stöd för att flera kunskapsdiscipliner samverkar.
- Bidrar till kunskapsspridning och kunskapsutveckling.
- Stödjer ett sammanhängande system för individen oavsett vårdgivare.
- Prioriteringar sker öppet.
- Kostnadseffektivitet i förhållande till insatta resurser.
- Ersättningssystemen stödjer resursfördelning för jämlik vård

Styrsystemen ska utgå från befolkningens behov och ska säkerställa individens självbestämmande och integritet.

Demokratisk styrning

Vården ska vara demokratiskt styrd och utgå från befolkningens behov, vilket innebär att alla ska ha tillgång till god vård. För att uppnå detta är vår uppfattning att vården ska vara

offentligt finansierad och demokratiskt styrd. Vilka aktörer som utför tjänsterna (privata eller offentliga) är inte avgörande. Det viktiga är att de som får förtroendet att leverera de tjänster som behövs motsvarar de krav som ställs utifrån befolkningens perspektiv.

Vården ska vara offentligt finansierad och demokratiskt styrd.

Det gemensamma uppdraget

Det finns flera frågor som behöver diskuteras när det gäller kommande behov av vård och omsorg, exempelvis den offentliga vårdens uppdrag och behovet av att genomföra öppna prioriteringar.

För att kunna erbjuda en likvärdig vård till hela befolkningen måste beslutsprocessen kring vad som ska vara innanför respektive utanför det offentliga systemet ske under liknande former i hela landet. Befolkningen måste kunna lita på att prioriteringen av vilka behov som ska tillgodoses görs på samma sätt hos alla sjukvårdshuvudmän.

Landstingens och kommunernas lokala självstyre medför ytterligare en dimension i detta arbete. Prioriteringar som måste genomföras ska utgå från den etiska plattformen som riksdagen har beslutat om. Människovärdighetsprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen ska vara utgångspunkter. Principerna har en inbördes rangordning vilket innebär att människovärdesprincipen alltid ska komma i första hand och kostnadseffektivitetsprincipen i sista hand.

För att kunna erbjuda en likvärdig vård till hela befolkningen måste beslutsprocessen kring vad som ska vara innanför respektive utanför det offentliga systemet ske under liknande former i hela landet.

Hälsofrämjande

Vården och vårdens tjänster ska främja hälsa för individen. Systemet ska tillhandahålla tjänster som kan ge befolkningen, och speciellt dem som är vårdtagare, betydligt mer än idag av upplysning och inslag som leder till ett ökat lärande om hälsa – i synnerhet utifrån den egna situationen, men också med koppling till närmaste omgivning och samhälle. Det är viktigt att kompetenser och tjänster finns som stödjer vårdtagarens egen involvering och engagemang i sin situation. Dessutom bör egenvården stärkas.

Vården och vårdens tjänster ska främja hälsa för individen.

Kunskapsstyrning och kvalitet

Uppföljning och utvärdering måste ingå som en del i styrningen av vården så att vi vet att vi når de resultat vi vill och att vi använder den bästa kunskapen. Arbetet med att utveckla nationella riktlinjer, kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer är en del i detta. Men det handlar också om att hitta kvalitets- och uppföljningsparametrar som fångar vårdens komplexitet. För att uppnå det krävs bland annat ett gemensamt förhållningssätt kring värdighet i varje vårdmöte.

De kvalitetsindikatorer och resultatmått som utarbetas måste också vara verksamhetsövergripande och följa hela vårdhändelsen, alla olika insatser, och omfatta vårdtagarens bedömning av den vård och omsorg som hon eller han fått. Resultatet måste sedan mätas och föras tillbaka till verksamhetens olika delar och användas för att förbättra vården.

Kvalitetsindikatorer och resultatmätt som utarbetas måste vara verksamhetsövergripande och följa hela vårdhändelsen.

Vårdtagarens del i styrningen

Vårdtagarens behov ska vara en viktig drivkraft för vården. Det krävs ett fungerande samspel mellan professionerna, huvudmännen och vårdtagarna för att uppnå en effektiv styrning som leder till att vården utvecklas. Vårdprofessionernas kunskap och kompetens är central för att skapa ett vårdmöte som ger vårdtagaren reella möjligheter att delta i besluten om den vård och omsorg som ges. Ledarskapet i vården har ett stort ansvar för att stödja en vård där vårdtagaren kan bestämma om sin egen vård.

Vårdtagaren ska ha reella möjligheter att delta i beslut om vård och omsorg.

Kostnadseffektivitet som mäts utifrån hälsa och helhet

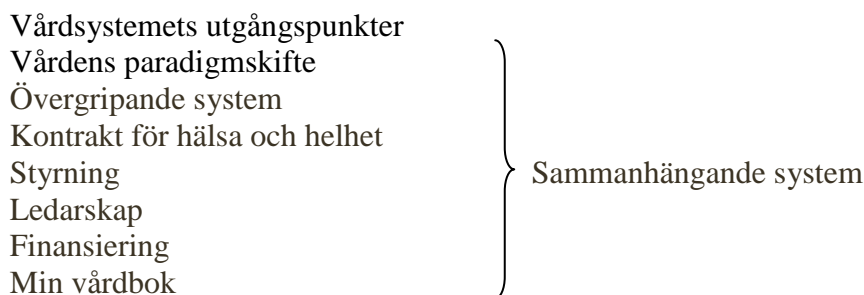
Ekonomiska incitament och ersättningssystem måste utgå från ett helhetsperspektiv där individen, inte utförda prestationer, sätts i fokus. Det hälsofrämjande perspektivet behöver bli tydligare när vårdens styrsystem utvecklas. Hälsoekonomi är en viktig del i detta och här krävs ökad och målmedveten forskning.

Ekonomiska incitament och ersättningssystem måste utgå från ett helhetsperspektiv där individens behov, inte utförda prestationer, sätts i fokus.

Mångfald

För att främja kvalitetsutvecklingen och gynna effektiviteten är det viktigt att det finns olika alternativ för befolkningen när det gäller val av vårdgivare och former av vårdtjänster. Systemet bör därför sträva efter en mångfald för att ta hänsyn till de olika behov som finns. Den goda sidan av mångfald är att den gynnar konkurrens i bemärkelsen att nå goda resultat för dem man är till för – individen och dennes rätt till vård på lika villkor – och inte bara svara mot en efterfrågan.

För att främja kvalitetsutvecklingen och gynna effektiviteten är det viktigt att det finns olika alternativ för befolkningen när det gäller val av vårdgivare och former av vårdtjänster.



Vår idé om vårdens system

Vår idé om närvård är betydligt bredare än vad som idag utgör primärvården och utgår från det ideala förhållandet; det vill säga att en ny Närvård skapas genom att vi startar från början – som om ingen vård fanns. Poängen är att vi vill stimulera till att tänka i nya banor – utan de begränsningar som ofta kommer fram i form av etablerade förhållanden som organisationer, fasta strukturer, tekniska system och inte minst det som är tradition och kultur – det vill säga hur vi vant oss vid att bedriva, efterfråga och söka vård.

Närvårdstanken flyttar fokus från organisation till individ och beskriver ett system som är anpassat till individen. I dagens system är det inte helt ovanligt att en vårdtagare med komplexa behov själv tvingas vända sig till flera olika huvudmän och flera olika professioner för att få sina behov tillgodosedda. I vår modell ska vårdtagaren få den vård och det stöd som individen har behov av i ett och samma system.

Närvården ska finnas nära människorna och vara tillgänglig. Närvården utnyttjas av många, behövs ofta och ibland även under lång tid. Med den beskrivningen kommer Närvården att svara för ca 90 procent av den vård som efterfrågas. Närvården omfattar olika behov från livets början till livets slut.

Närvården ska vara tillförlitlig för individen och tillgänglig dygnet runt. Det ska vara tydligt var och när man kan få den vård som behövs. Tillförlitlighet innebär också att vård ges på det sätt som bäst lämpar sig för individen; exempelvis att vården i många fall kommer till individen istället för tvärtom. Det handlar om att använda de bästa lösningarna och att vara resultatorienterad.

Vård av god kvalitet ställer också krav på att systemet kan leverera en för individen sammanhängande process av vård och omsorg, information och lärande, uppföljning och utvärdering. I detta ingår också att främja och förebygga hälsa, alltså inte enbart återställa hälsa, lindra och bota sjukdom.

Vård av god kvalitet ställer krav på att systemet kan leverera en för individen sammanhängande process av vård och omsorg, information och lärande, uppföljning och utvärdering.

Kontrakt för hälsa och helhet

Vårdförbundet har formulerat ett medborgarkontrakt – kontrakt för hälsa och helhet – med grundläggande principer som bör gälla för dagens vård. Kontraktet innehåller ett antal grundläggande principer som vi vill att vården ska utgå från. Syftet med att använda formen av ett kontrakt är att göra det tydligt för befolkningen vad vårdens uppdrag är och vad den kan förvänta sig av vården.

Samhället garanterar

- En vård som är tillförlitlig.
- En samlad och tydlig vårdtagarlagstiftning som väg – leder både medborgaren och vårdverksamheten.
- En uppföljning och tillsyn som ger en säker vård av god kvalitet.
- Att det finns vård med olika inriktningar och möjlighet att välja vårdgivare.

Den enskilde har ett ansvar för sin egen hälsa och därmed rätt till

- En dialog om sitt hälsotillstånd, där utgångspunkten är hälsa och helhet.
- Att bli bemött med respekt.
- Att delta i beslut som rör dem.

För att uppnå detta har alla rätt

- Till en handlingsplan för hälsa där den enskildes vårdbehov definieras.
- Vid behov rätt till och erbjudas en vårdvägledare.
- Att vid behov av kontinuitet erbjudas en fast vårdkontakt.

- Till en sammanhållen vårddokumentation tillgänglig för vårdtagaren.

Högspecialiserad vård renodlas och koncentreras

Kraven på tillförlitlighet är desamma på den högspecialiserade vården som inom närvården. Den geografiska närheten har däremot mindre betydelse. På grund av kostsamma investeringar och för att befolkningsunderlaget skall vara tillräckligt stort är det en fördel att koncentrera den högspecialiserade vården till ett fåtal platser i landet.

Hela befolkningen ska tillförsäkras högspecialiserad vård på lika villkor. För att det ska vara möjligt bör hela landet vara utgångspunkt för organisationen. Det betyder att staten bör ha ett större ansvar för denna vård när det gäller såväl regelsystem som finansiering och geografisk spridning.

Hela befolkningen ska tillförsäkras högspecialiserad vård på lika villkor.

Vårdportal

Vårdportalen är vårdtagarens första kontakt med vården. Vårdportalen ska ha en helhetssyn på människornas individuella vårdbehov och ansvara för att vården organiseras med utgångspunkt från de regionala vårdbehoven. Vårdportalen ska ansvara för information om Närvårdens utbud, tillgänglighet, kvalitetskrav etc. Vårdportalen ska också ansvara för att ge information, allmänna råd som främjar egenvård. Informationen ska vara lättillgänglig via till exempel Internet, telefon och informationsblad.

Vårdcenter

Vårdportalen tecknar kontrakt med ett eller flera Vårdcentra som organiserar och distribuerar vården utifrån det regionala behovet. Varje Vårdcentra kan liknas vid en entreprenör som svarar för att skapa ett nätverk av ett antal kompetenser som krävs för att tillgodose vårdbehoven och att den vård som erbjuds håller en hög kvalitet.

Vårdmötesplats

Vårdmötesplatsen anpassas efter de individuella behov som ska tillgodoses. Utifrån vårdtagarens individuella behov skapas en vårdkedja som kan innefatta allt från vård i hemmet till högspecialiserad vård, rehabilitering mm. Det handlar om att skapa team och sammanhängande system som klarar komplexiteten. Teamen ska kunna vara mobila genom att nyttja telemedicin och andra tekniska tjänster. Syftet med detta är att skapa förutsättningar för ett system som leder till ökad säkerhet i varje enskilt beslut.

Vårdvägledare

Vårdmötesplatsen ska erbjuda en Vårdvägledare. Vårdvägledaren kan vara den fasta vårdkontakten som individen valt och som fungerar som ombud för individen. Vårdvägledaren är den som upprättar en plan för insatser från relevanta kompetenser i systemet, oavsett vem som är huvudman för den vård som behövs.

Fast Vårdkontakt

För vissa individer är det viktigt med kontinuitet i kontakten med vården. För dessa ska vården erbjuda en fast vårdkontakt. Behovet av hälsa, vård och omsorg växlar över tid och det är individen själv som utifrån sina vårdbehov avgör vem som kan vara denna fasta vårdkontakten. Hos individer med mer komplexa och sammansatta behov är samverkan mellan flera kompetenser viktigt. Då kan en distriktsköterska, läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast eller beteendevetare bli den fasta vårdkontakten.

Min Vårdbok

En viktig grund i god och säker vård är att det finns en samlad dokumentation som är tillgänglig för alla relevanta kompetenser utifrån individens behov. Men för att flytta fokus från organisation till individ krävs också att vårdragaren själv har tillgång till den egna dokumentationen. Dokumentationen ska alltså följa individen och inte som idag den specialitet som förmedlar vården. I vår modell för en ny närvård får alla en sammanhållen vårddokumentation som vi kallar Min Vårdbok.

- Min Vårdbok gör vården till en gäst i vårdragarens liv vilket gör att individens integritet respekteras.
- Min Vårdbok ökar vårdragarens inflytande och delaktighet i vården.
- Min Vårdbok ökar samverkan mellan olika vårdgivare och mellan vårdgivare och individen själv.
- Min Vårdbok ökar patientsäkerheten och underlättar uppföljning och utvärdering av vården.
- Min Vårdbok är nationellt samordnad vilket underlättar för individen att fritt välja mellan olika vårdgivare.
- Min Vårdbok ger förutsättningar för rätt vård, vid rätt tid på rätt plats.

En viktig grund i god och säker vård är att det finns en samlad dokumentation som är tillgänglig för alla relevanta kompetenser utifrån individens behov.

Förslag till beslut

Att godkänna förslaget Vårdförbundets idé om vården.

Yrkande

Sid 1

Ombud 151. Första sidan första kursiva sista meningen ändra till: Det ska vara styrande princip för all hälso- och sjukvård.

Sid 2

Ombud 97 och 83, Yrkar på att vi ändrar rubriken "En god vårdmiljö" till "En hälsosam vårdmiljö"

Ombud 182. Tilläggryrkande till sid 2 "aktiv påverkan" Att skapa en historisk folder för att kunna se resultat av vad vi faktiskt har bidragit med i samhället, from 1995 och framåt. För att ta nya tydliga steg in i framtiden.

Ombud 149. Utifrån motionssvar att byta ut profession mot yrkesgrupper, göra samma sak i idé dokumentet, byt ut profession mot yrkesgrupper på lämpliga ställen

Ombud 126, 200, 55, 88 och 154. Yrkar på att ändra formuleringen i fjärde stycket till att lyda: Allas lika värde kräver att vårdens resurser och kunskap fördelas och används för att garantera jämlik vård.

Sid 4

Ombud 46,115,74,173 och 140. Vi yrkar att vårt huvudämne definieras korrekt omvårdnad eller vårdvetenskap (3 dje stycket rad 3)

Ombud 041, 111, 178, 145 och 128: Yrkar ändring av näst sista meningen i stycke 4 till: Bättre folkhälsa, tidig upptäckt "av ohälsa och att vård ges" i tid är både ekonomiskt och rent.....".

Ombud 42 och 75. Vi yrkar på en ändring av formulering av 4:e stycket avseende andra meningen enligt följande "Bättre folkhälsa, tidig upptäckt och att folk får vård i tid.." till "Bättre folkhälsa , tidig upptäckt av ohälsa och att vård ges i tid"

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla yrkandet från ombud 149.

Kongressen beslutade att avslå övriga yrkanden.

Kongressen beslutade att förbundsstyrelsen får i uppdrag att göra språkliga/redaktionella ändringar i alla politiska dokument. Arbetet görs av en grupp bestående en representant från förbundsstyrelsen och kommunikationsgruppen samt en avdelningsordförande.

Kongressen beslutade att godkänna förslaget Vårdförbundets idé om vården med gjorda ändringar

15.3. Strategi inför 2014 med perspektivet vården

Dialog

Ombuden diskuterade vid borden. Resultatet sammanställs av analysgruppen som underlag inför det fortsatta arbetet. Se Bilaga 3.

16.1 Utbildning och professionell utveckling

Idé/förslag/motion

1. Akutsjuksköterska som vidareutbildning

Motionär: Marcus Nilsson

Att arbeta på en akutmottagning är ett arbete som ställer mycket speciella krav på individen, som inte ställs någon annanstans. Med ett ansvar för ett mycket flexibelt antal patienter ska man fortlöpande göra bedömningar i det löpande arbetet, både medicinska och omvårdnads-mässiga. När patienten som är mycket svårt sjuk åker ambulans vårdas denne ofta av en specialistsjuksköterska ambulanssjukvård, patienten tas sedan till akuten för bedömning där en grundutbildad sjuksköterska tar över vården. Patienten kan sedan slussas vidare till t.ex. Intensivvården där ännu en specialistutbildad sjuksköterska väntar. Det finns ett kunskaps-glapp här som jag anser borde gå att "utbilda bort". En specialistsjukskötersketitel i akut-sjukvård skulle gagna personal som vill arbeta på t.ex. en akutmottagning men också andra akutavdelningar inom sjukhusen. Man får personal som är utbildad i att bedöma patienter utefter dom förutsättningar man har på ett akutsjukhus och får en högre kompetens att förlita sig på bland personalen som i dagsläget är mycket kompetent men har splittrad utbildnings-bakgrund. Jag yrkar därför att rollen skulle innebära expertis på omhändertagande av svårt sjuka patienter på akutmottagning, triage och andra bedömningsinstrument.

att Vårdförbundet Värmland och nationellt skall jobba för en ny specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning akutsjukvård,

att Styrelsen och årsmötet bifaller motionen för att skickas vidare till kongress och förbundsstyrelsen

2. Telefonrådgivning som påbyggnadsutbildning 30 hp

Motionärer: Sjukvårdsrådgivningen i Södra Älvsborg gm Gerd Thörnell-Åström och Silvia Mathiasson, legitimerade sjuksköterskor. Inkom: vid Västra Götalands representantskap 2009 Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvården i Sverige har ökat. Det finns flera aktörer inom området. Utvecklingen går fort med mycket teknik som är en del i arbetet. Arbetet innefattar att enbart med rösten och lyssnandet som verktyg ge korrekta och säkra råd, hänvisningar och vägledning i vårdfrågor. Detta ställer höga krav på yrkesgruppen. I arbetet knyts trådar från bl a kommunikationsvetenskap, psykologi, lingvistik, medicin, pedagogik och samhälls-kännedom samman. Under våren 2009 har flera fall uppmärksammats, där felaktigheter har begåtts i samband med telefonrådgivning. Det har även uppdagats att en del arbetsgivare/-uppdragsgivare har okunskaper vad gäller konsekvenser, när premiering sker av kvantitet och inte kvalitet i rådgivningsarbetet.

Sjukvårdsrådgivningen i Södra Älvsborg föreslår därför att kongressen beslutar att Vårdförbundet får i uppdrag att:

- verka för en påbyggnadsutbildning som leder till specialiteten telefonrådgivning.
- verka för en tvärvetenskaplig forskning inom telefonrådgivningsområdet.
- verka för upplysning gentemot uppdragsgivare om arbetets komplexa art.

3. Specialistutbildning för alla våra yrken 1

Motionär: Susi Nilson avdelning Skåne

Specialist utbildning finns idag för endast ett av våra yrken. Jag anser att Vårdförbundet måste arbeta för att vården behöver specialist kunskap för att säkerställa patient säkerheten och patienternas behov av specialistkunskap i mötet med tex leg biomedicinsk analytiker. Specialist utbildningar för leg biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och barnmorskor.

Vårdförbundet måste arbeta med detta hos arbetsgivarna, hög skolorna och universiteten centralt.

4. Specialistutbildningar för alla våra yrkesgrupper 2

Motionär: Susi Nilsson, avdelning Skåne

Specialist utbildning finns idag för endast ett av våra yrken att Vårdförbundet måste arbeta för att vården behöver specialist kunskap för att säkerställa patient säkerheten och patienternas behov av specialist kunskap i mötet med tex leg biomedicinsk analytiker, leg röntgensjuksköterskor och leg barnmorskor.

att Vårdförbundet måste arbeta med detta hos arbetsgivarna, hög skolorna och Universiteten centralt.

5. Vem är specialistsjuksköterska? 1

Motion: Ewa Björklund, avdelning Uppsala

Om en vidareutbildad ssk inte arbetar fullt ut inom den specialitet hon/han utbildat sig inom får hon/han i dag inte räkna sig som specialistsjuksköterska. Jag vill att Vårdförbundet ska agera för en förändring. OM arbetet inom det nuvarande yrkesutövandet kräver goda kunskap inom specialistområdet ska man få kalla sig specialistsjuksköterska och då även vid löneförhandlingar. T ex vi som arbetar som Transplantationskoordinatorer med organdonation från avlidna givare. De flesta av oss har tex IVA/ AN vub. Vi använder våra kunskaper från vidareutbildningarna då vi arbetar nära våra specialistutbildade kollegor bla med råd och stöd i en unik situation, att vårda avlidna patienter inför och under organdonation. Min förhoppning är att vårdförbundet driver denna fråga så att även vi Transplantationskoordinatorer får kalla oss Specialistsjuksköterskor i alla sammanhang.

6. Vem är specialistsjuksköterska? 2

Motionär: Ewa Björklund och Christina Andréasson, avdelning Uppsala

Vi vill att kongressen tar ställning till denna motion. Om en vidareutbildad ssk inte arbetar fullt ut inom den specialitet hon/han utbildat sig inom får hon/han i dag inte räkna sig som specialistsjuksköterska. Jag vill att vårdförbundet ska agera för en förändring.

Förslag: När arbetet inom det nuvarande yrkesutövandet kräver goda kunskaper inom specialistområdet ska man få kalla sig specialistsjuksköterska och då även vid löneförhandlingar. Ex, vi som arbetar som Transplantationskoordinatorer med organdonation från avlidna givare. Vi har alla funktionsutbildning till Transplantationskoordinatorer och de

flesta av oss har IVA/ AN/ OP vub. Vi använder våra kunskaper från vidareutbildningarna då vi arbetar nära våra specialistutbildade kollegor bla a med råd och stöd i en unik situation, att vårda avlidna patienter inför organdonation på IVA och under operationen då organ omhändertas.

Vår förhoppning är att Vårdförbundet driver denna fråga så att även vi Transplantationskoordinatorer får kalla oss Specialistsjuksköterskor. Vi yrkar på att motionen behandlas under kongressen 2011 och att kongressen bifaller motionen.

7. Specialistutbildning ska finnas för alla våra fyra professioner samt anpassade tjänster efter kompetens och specialist utbildning.

Motionär: Styrelsen, avdelning Halland

I den utbildningspolitiska idén står det att fördjupning och specialisering förändras och utvecklas över tid. För att ta tillvara ny kunskap och för att öka kvaliteten i vården behövs fördjupad kompetens och specialisering inom alla våra yrken. Vi anser att detta behöver lyftas upp och utvecklas så snabbt som möjligt. För att alla medlemmar ska få samma möjlighet att vidareutveckla sig inom sin egen profession behövs en tydlig utvecklingsplan. Vi ska inte kunna bytas ut hur som helst. Det behövs en röd tråd, en tydlighet och en värderingsförändring i utveckling och utbildningsförändring.

Vi behöver bli obytbara och få till en värderingsförändring, det handlar inte bara om kompetensutveckling och specialistutbildning. Det handlar om att den kunskapen tas tillvara och att det finns tjänster som är anpassade efter utvecklingskraven och kompetensutvecklingen. För att ta steget vidare i värderingsförändringen men också när det handlar om oss som auktoriteter inom hälso och sjukvård måste en förändring ske NU.

Styrelsen i Vårdförbundet avdelning Halland yrkar;

Att prioritera arbetet för att få till reglerade specialistutbildningar för alla fyra yrken.

Att utforma en nationell handlingsplan där slutmålet ska vara anställningar som är anpassade för specialistutbildade och värderas därefter.

8. Specialistsjuksköterska

Motionär: Marie Westerlund

Socialstyrelsen har uppmärksammat att färre vidare-utbildar sig . Förslag till åtgärder är att höja statusen = högre lön så det blir ett eftertraktat yrke och lönesatt efter den kompetens vi har. För att stimulera till utbildning bör utbildningen betalas av staten.

Vad vill vi ha för specialistkompetens i Sverige? Vi kan jämföra oss med hur skolan haft problem med obehöriga lärare, ska vi börja anställa grundutbildade sjuksköterskor inom specialistsjukvård, som har en snabb utveckling i både teknik och behandlingsrutiner.

9. Tankar om sjuksköterskeyrket

Motionär: Desiree Andhill, avdelning Västra Götaland.

Artikeln Sjuka gör inte som läkare säger i Dagens medicin är sorglig att läsa. Precis denna kunskap som efterfrågas är sjuksköterskans och specialistsjuksköterskans styrka, att sätta patienten i fokus, lyssna, väga in livsvärldsperspektivet.

Sjuksköterskans omvårdnadskompetens behöver synliggöras och marknadsföras i allmänhet men också för sjuksköterskor själva. Många, många sjuksköterskor är helt nöjda med den medicinskt/tekniska färdigheten, otroligt nog och förstår inte att de rent av kanske kan bli utbytta av ingenjörer i vissa specialiteter.

I kommunerna har vi MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) borde vi inte ha en omvårdnadsansvarig sjuksköterska istället? Likaväl som på vårdcentralerna där vi självklart har medicinskt ansvariga läkare men aldrig en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. I en ljus framtid har vi goda chefer med akademisk omvårdnads kunskap som lyfter fram sina medarbetares kompetens för patientens bästa. Tack

10. Specialistutbildning för biomedicinska analytiker

Motionär: Mimmi Höglblom, avdelning Västmanland

Inom Vårdförbundet pratas det mycket om specialistutbildade och de enda som avses är då sjuksköterskor. För övriga professioner, som till exempel biomedicinska analytiker, finns inga specialistutbildningar att genomgå. Inom den biomedicinska laboratorievetenskapen har utvecklingen varit på stark frammarsch det senaste decenniet. Många inom yrket har skaffat sig specialisering inom flera områden, som till exempel immunologi och molekylärbiologi med mera. Tyvärr benämns inte de som genomgått utbildningarna som specialistutbildade. Detta på grund av att deras kunskap och kompetens baseras på enstaka kurser.

Biomedicinska analytiker har en viktig roll i vårdkedjan, utan yrkesgruppens insatser försämras patientsäkerheten avsevärt. Men vad händer med patientsäkerheten när bristen på biomedicinska analytiker blir högst påtaglig? Biomedicinska analytikers arbete ligger till grund för bland annat säker diagnostisering, val av behandling och behandlingsuppföljning. Bristen på yrkesgruppen kommer att medföra att patienter får vänta på provsvar och det ger i förlängningen fördröjd diagnos och behandling. Risk finns även för att icke utbildad personal kommer att hantera prover, analys och provsvar.

Under lång tid har Vårdförbundet varnat för brist på specialistutbildade sjuksköterskor och dess påverkan på patientsäkerheten. De närmaste 10 åren kommer många biomedicinska analytiker att gå i pension och med dem försvinner mycket kunskap och kompetens. Idag råder det brist på biomedicinska analytiker och många väljer bort yrket på grund av dålig lön och brist på specialistutbildningar.

För att möta upp den kommande bristen, är det viktigt att Vårdförbundet redan nu intensifiera arbetet för att det ska skapas specialistutbildningar inom den biomedicinska laboratorievetenskapen.

Inom Vårdförbundet ska vi gemensamt utveckla och stärka yrket samt främja den enskilde individens utveckling i sin yrkesroll. Utifrån ovanstående yrkar styrelsen i Vårdförbundet avdelning Västmanland följande:

Att arbeta för att biomedicinsk laboratorievetenskap ska få tillgång till vidareutbildningar inom sina ämnesområden, likvärdiga de specialistutbildningar sjuksköterskorna har. Utbildningarna ska leda till specialistexamen inom ämnesområdet.

Att biomedicinsk analytiker som genomgått sådan utbildning ska benämnas specialistutbildad.

Att kongressen bifaller motionen i sin helhet och att Vårdförbundet kommer att arbeta enligt motionens yrkande.

Motionen är behandlad och antagen i sin helhet på Vårdförbundet avdelning Västmanlands extra årsmöte 2011 02 10 och ska sändas till Vårdförbundets kongress 5:e maj 2011.

11. Kompetensutveckling på betald arbetstid 1

Motionär: Christina Köhlström, avdelning Örebro

Hej jag arbetar som distriktssköterska i Örebro kommun. I vår uppdragshandling står bla att: "Förutsättningar för att klara uppdraget är att varje sjuksköterska får kontinuerligt stöd, handledning, fortbildning och kompetensutveckling för sitt arbete. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står bl a att arbetet styrs av många lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd. Sjuksköterskan ska tillämpa forskningsetiska konventioner och arbeta evidensbaserat. Sjuksköterskan ska söka, analysera och kritiskt granska relevant litteratur/information, implementera ny kunskap och därmed verka för en omvårdnad i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. När, under vår arbetstid ska vi hinna göra detta?

Därför anser jag att i vår arbetstid ska det ingå minst 3 timmar/ vecka för betald kompetensutveckling. ex. 38,25 - 3,25 = 35 timmar/vecka. Tidsåtgången och vad man vill fördjupa sig i förfogar var och en fritt över. Det ska ex. vara möjligt att låna en bok på biblioteket, läsa en tidskrift från socialstyrelsen etc. Tiden ska inte användas till arbetsplatsträffar och annat som ska rymmas inom normal arbetstid.

12. Kompetensutveckling på betald arbetstid 2

Motionär: Åsa Karlman och Ann-Sofie Gustavsson avdelning Örebro

”Vårdförbundets medlemmar har professionellt yrkesansvar vilka innefattar ansvar för att inhämta ny kunskap och att tillämpa densamma vid yrkesutövning. Mot bakgrund av detta motionerar vi till kongressen 2011 att Vårdförbundet skall verka för att våra medlemsgrupper skall få möjligheten till kompetensutveckling inom ramen för ordinarie arbetstid.

Kompetensutvecklingen skall kunna innehålla delar som exempelvis förbättringsarbete, högskole- eller universitetsstudier eller empirisk forskning. ”

Fakta/Bakgrund

Internationell forskning visar att det finns ett direkt samband mellan sjuksköterskors kompetens och patienternas möjligheter till överlevnad, symtomminskning och välbefinnande. En hög kunskapsnivå bland yrkesutövarna i vården är således en förutsättning för att möta befolkningens behov och rätt till god vård. Trots detta har andelen specialistutbildade sjuksköterskor minskat från 67 % till ca 49 % sedan 1995. Den låga andelen specialistsjuksköterskor har fått till följd att vårdgivarna har svårt att rekrytera ett tillräckligt antal specialistsjuksköterskor inom många områden. I regeringens kommittédirektiv ”Trygghet och säkerhet för individen – behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst” (Dir. 2009:25) skrivs bland annat att det finns anledning att se över det förhållande att det utbildas för få specialistsjuksköterskor jämfört med hälso- och sjukvårdens behov.

För Vårdförbundets andra yrkesgrupper barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor finns idag inga reglerade specialistutbildningar med skyddade yrkestitlar. Specialiseringen och kompetensutveckling pågår dock inom alla våra fyra yrken. Det sker dels genom utveckling i arbetet och dels genom att ny kunskap tillförs genom utbildning. Kunskapsutvecklingen kommer att kräva allt mer utbildning för den specialistkunskap som krävs för specifikt ansvar och specifika uppgifter. Diskussioner pågår inom såväl professionernas organisationer som på lärosätena och i vårdens olika verksamheter. Arbetet för att få till stånd reglerade specialistutbildningar med skyddad yrkestitel för samtliga våra yrkesgrupper pågår parallellt med diskussioner om en förlängning av grundutbildningarna.

På Vårdförbundets kongress i november 2008 togs beslut om ”Vårdförbundets utbildningspolitiska idé”. Den utbildningspolitiska idén bygger på våra grundläggande värderingar, våra etiska koder och vår syn på utvecklingen av vården och vårdens system. Den bygger också på vårt uppdrag att skapa de allra bästa villkoren för att utöva yrket. Där beskrivs vårt ställningstagande till grund och specialistutbildning för våra fyra yrken och som ligger till grund för vårt arbete med utbildningsfrågorna.

Vårdförbundet vill

Vårdförbundet har sedan kongressen 2008 arbetat med utbildningsfrågorna som en del av fokusområdet profession och har många förbundsstyrelsebeslut i frågorna. Nationellt har Vårdförbundet bland annat haft möjlighet att driva frågorna i två utredningar initierade av regeringen, Högskoleverkets utredning kring framtidens specialistutbildning för sjuksköterskor som resulterade i en rapport Sjuksköterskors specialistutbildning – vilken slags examen? (2010:5 R) och utredningen Trygghet och säkerhet för individen – behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst (Dir. 2009:25) med betänkande ”Kompetens och ansvar” (SOU 2010:65) Dessa båda utredningar har inte kommit fram med några konkreta förslag men de har bekräftat de problem som finns och att det behövs ett fortsatt arbete för att lösa problemen. Diskussioner har inletts med utbildningsdepartementet, socialdepartementet, universitet och högskolor samt Sveriges kommuner och landsting, SKL.

Vårdförbundet samarbetar i dessa diskussioner med Svensk sjuksköterskeförening och driver även frågan att specialistutbildningarna skall vara betalda och inom anställningens ram.

I det arbete som Vårdförbundet har bedrivit nationellt kring utbildningsfrågor har möte och dialog ägt rum med biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor som är yrkesverksamma medlemmar. Vårdförbundet har tillsammans med yrkesorganisationerna

(SFR och IBL) även inbjudit chefer inom bild och funktionsmedicin/röntgen och fysiologiverksamheter för diskussioner kring framtidens utbildningsbehov.

I arbetet kring barnmorskeutbildningen och barnmorskors specialistutbildningar arbetar Vårdförbundet tillsammans med Barnmorskeförbundet. Förbundet har även dialog med lärosäten runt om i landet för att sprida vår utbildningspolitiska idé och driva förbundets politik.

Vårdförbundet driver frågor kring hur utbildningarna skall utformas i framtiden för att motsvara vårdens behov av specialister. Särskilt viktigt är frågan om att våra utbildningar såväl grund- som specialist- är nationellt reglerade för en god och jämlik vård. Även frågan om akademisk yrkesexamen på avancerad nivå med progression i yrkets huvudområde är en viktig förutsättning för att förankra yrkena i akademien och ha direkt tillträde till forskningsutbildning.

För framtiden behövs specialistutbildningar inom fler områden och för alla våra yrkesgrupper. Som exempel kan nämnas specialistutbildningar inom akutsjukvård, diabetesvård, hematologi, immunologi, molekylärbiologi, sonografi, MR och inom ultraljudsområdet. I framtiden kan det komma att bli aktuellt med andra specialistutbildningar, därför bör det skapas specialistutbildningssystem inom högskolan som leder till en skyddad yrkestitel som specialist. Ett system som kan utvecklas över tid utan att äventyra den akademiska yrkesexamen på avancerad nivå. Systemet bör även innehålla andra fristående kurser för att yrkesgrupperna skall kunna fortbilda sig i ett livslångt lärande inom anställningens ram. Kurser som ges på avancerad nivå, kan vara t ex förbättringskunskap, telefonrådgivning, sexuell hälsa, nuklearmedicin, strålhygien, smärta, nutrition/ätande osv.

Vårdförbundet anser att specialistutbildningarna organisatoriskt skall finnas inom högskolan och ske under betald arbetstid med anställning inom det aktuella specialistområdet. Examinationsarbeten skall vara knutna till den kliniska verksamheten och aktuell specialitet/specialistområde. Genom ett sådant examensarbete kan verksamheten få en aktuell frågeställning utredd att använda i sitt eget förbättringsarbete. Därefter skall den som genomgått en reglerad specialistutbildning erhålla särskilt anställning där specialistkompetensen används fullt ut och ges ersättning i paritet med det som specialistkunskapen bidrar med till verksamheten. Inom en del områden kan det också finnas behov av att det finns medarbetare med olika specialistutbildningar. Då ska dessa olika specialistutbildade också inneha yrkestitel specialist. Innehar individen en reglerad specialistutbildning med en specifik fördjupad kunskap – är den individen en specialist med en viss inriktning. Exempel kan vara en sjuksköterska med Intensivvårdsutbildning som arbetar som transplantationskoordinator.

I en kunskapsorganisation som vården är behövs också kontinuerlig fortbildning genom hela yrkeslivet i ett livslångt lärande. Den kontinuerliga fortbildningen ska ske inom ramen för den betalda arbetstiden. Arbetsgivaren skall se till att medarbetare får den fortbildning som de kan behöva för att utföra sitt arbete men det åligger även en legitimerad yrkesutövare att skaffa sig den kunskap den behöver för sitt arbete.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att anse motionerna från och med 1. Akutsjuksköterska som vidareutbildning till och med 12. Kompetensutveckling på betald arbetstid 2 besvarade.

Yrkande

Ombud 189. Yrkar att motion 12 flyttas från punkt 16 till punkt 19, Vårdmiljö.

Ombud 190. Yrkar på att min motion 11 flyttas till punkt 19.

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla yrkandena från ombud 189 och 190.

Kongressen beslutade att anse motionerna 1 till och med 10 besvarade.

Kongressen beslutade i samband med behandlingen av punkt 19 motionerna 42 – 47 att anse motionerna 11 och 12 besvarade.

13. En naturlig kompetensutveckling

Motionärer: Dennis Svensson, Helsingborgs lasarett, Tord Rausner, Primärvården Skåne, Agneta Gustafsson, Ängelholms sjukhus, Cecilia Kadanik, Helsingborgs lasarett
Utbildningarna för våra yrkesgrupper har utvecklats från att vara en praktisk utbildning till en akademisk utbildning, där forskning och kunskapsutveckling är en naturlig del av yrket. Den teoretiska grunden har stärkts. Utbildningstiden har ökat. Den kliniska utbildningen har i många fall minskat. Omvårdnad har blivit ett eget akademisk vetenskaplig område. Det finns ett behov av nya sätt att introduceras efter grundutbildningen. Det finns ett behov av en utökad praktisk studietid som helt bedrivs kliniskt och med lön, en så kallad allmäntjänstgöring, AT. En rimlig tid för detta vore ett år, vari ett antal olika praktiska placeringar ska krävas. Vilka detta ska vara får man arbeta fram i nästa steg. Legitimationen torde godkännas först efter AT året då detta är att anse som en del av utbildningen.

Ett vidare steg i karriären är därefter att erbjuda möjligheten för specialfunktioner med så kallade funktionsutbildning. De får då vissa särskilda arbetsuppgifter som bara de med den utbildningen kan utföra och får ett ökat ansvar i sin anställning. Idag råder brist på patientnära karriärmöjligheter för våra yrkesgrupper. Oftast blir karriärvägarna via skrivbord och administration. Mycket kompetens försvinner från det patientnära arbetet. Det måste till en utveckling och en förändring för förbättrad hälso- och sjukvård och för ökad patientsäkerhet.

Det behövs olika specialist- och funktionsutbildningar för alla våra yrkesgrupper. Flertalet arbetsgivare är medvetna om att vi måste höja kompetensen för att få en säker vård med god kvalitet och en förutsättning för detta är att höja kunskapsnivån inom vården med fler inom våra yrkesgrupper med specialistkunskaper. Antalet har minskat trots att behovet ökat! En anledning är att de inte får någon garanterad lön under utbildningstiden och inte heller efteråt när de börjar arbeta som specialister. Detta gör att många saknar ekonomiska möjligheter att specialistutbilda sig och det saknas framtida ekonomiska incitament. Sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor, biomedicinska analytiker och barnmorskor bidrar med en säkrare vård och god kvalitet med specialistkunskaper inom sina områden.

En väg att öka antalet specialister, är att införa ST-tjänster (specialisttjänstgöring). En anställning med lön under utbildningen skulle öka antalet specialistutbildade. Slutligen måste även specialistutbildade erbjudas möjligheter att vidareutvecklas. Inom de olika specialistområdena förekommer arbetsuppgifter som kräver ytterligare utbildning. Sjuksköterskor, barnmorskor, röntgensjuksköterskor och biomedicinska analytiker ska därför erbjudas möjligheter till speciella funktionsutbildningar för att kunna utföra dessa specifika arbetsuppgifter.

Plötsligt har vi fått en patientnära karriärstege för våra yrkesgrupper som känns naturlig och som ger möjligheter till utveckling under ett helt yrkesliv samt en möjlighet att påverka sin egen lön genom ett ökat ansvarstagande.

Vi yrkar därför:

ATT Vårdförbundet arbetar för införandet av en AT-tjänstgöring för våra yrkesgrupper.

ATT Vårdförbundet arbetar för att AT-tjänstgöringstiden blir på ett år med lön.

ATT Vårdförbundet arbetar för att AT-tjänstgöringen innebär klinisk tjänstgöring varvad med teoretisk utbildning samt tid för handledning och reflektion.

ATT Vårdförbundet arbetar för en fastlagd lägstalön efter avslutad AT-tjänstgöring.

ATT Vårdförbundet arbetar för att arbetsgivaren ska erbjuda våra yrkesgrupper mer utbildning att klara vissa speciella funktioner med utökat ansvar i sin anställning.

ATT Vårdförbundet arbetar för att dessa även erbjuds en löneutveckling i paritet med deras ökade ansvar.

ATT Vårdförbundet arbetar för införandet av ST-tjänster för sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor och biomedicinska analytiker med betald specialistutbildning.

ATT Vårdförbundet arbetar för införandet av betald utbildning till legitimerad barnmorska.

ATT Vårdförbundet arbetar för att specialistutbildning ska ge en garanterad löneutveckling. ’

ATT Vårdförbundet arbetar för att barnmorskeutbildning ska ge en garanterad löneutveckling.

ATT Vårdförbundet arbetar för att även specialistutbildade sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor, biomedicinska analytiker och barnmorskor får möjlighet till ytterligare utveckling i form av funktionsuppdrag med speciella utbildningar för dessa.

ATT Vårdförbundet arbetar för att de specialistutbildade med funktionsuppdrag erbjuds en löneutveckling i paritet med deras ökade ansvar i anställningen.

Fakta/Bakgrund

At-tjänstgöring tillhör den utbildningsordning som gäller för läkare. Vårdförbundet har sedan kongressen drivit i enlighet med den utbildningspolitiska idén att grundutbildningen för våra fyra yrken skall förlängas till 4 år. En av anledningarna till detta är att den verksamhetsförlagda utbildningen inte anses räcka till för att studenten skall få tillräcklig klinisk träning. Något som har sin orsak i att den teoretiska kunskapsmassan ökat betydligt under de senaste decennierna.

ST-tjänstgöring är också den utbildningsordning för läkarnas specialisering och är en verksamhet som regleras av Socialstyrelsen. Denna ordning är ej förenligt med Vårdförbundets krav på att specialistutbildningen skall vara kopplad till högskolan. En koppling som behöver stärkas med fler kliniska lektorer, studierektorer med en kombinerad anställning mellan verksamheten och lärosätet.

Barnmorskeutbildningen är en reglerad högskoleutbildning på avancerad nivå. För att bli antagen till barnmorskeutbildning finns särskilda intagningskrav. Den som söker skall ha avlagt sjuksköterskeexamen på grundnivå och tjänstgjort som legitimerad sjuksköterska i minst 6 månader.

Eftersom barnmorskors utbildning är på en avancerad nivå kan även denna utbildning rymmas under samma förutsättningar som för andra reglerade specialistutbildningar på avancerad nivå.

Vårdförbundet vill

I förhandlingarna med SKL har Vårdförbundet i yrkandet i samband med förhandlingarna 2011 framfört att det krävs en förbättring av villkoren för att fler ska välja att specialistutbilda sig. Specialistkunskap måste tydliggöras som en del av lönebildningen på arbetsplatsen och en struktur för tydlig nivåskillnad behöver skapa. Därmed stimuleras yrkesutövarna till att använda och utveckla ny kunskap och arbetsgivaren säkrar verksamhetens behov av rätt kunskap för en god och säker vård. Det är däremot inte möjligt att i ett nationellt avtal få till stånd skrivningar som innebär en garanterad löneutveckling. Vårdförbundets lönepolitik bygger på lokal lönebildning där yrkesutövarens kunskap och bidrag till resultat är det som ska lönesättas.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att Vårdförbundet arbetar för införandet av betald specialistutbildning för barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor.

Att-satserna 1-4 och 7 avslås.

Att-satserna 5-6, 8-12 anses besvarade.

Yrkande

Ombud 148. Yrkar på att de som tar fram faktabakgrunden skall uppbära kunskap i området. Se konsekvenserna. ex sidan 10 under fakta/bakgrund till motion nr 13 ang grundutbildningens längd

Ombud 021, 166 och 067. Yrkar på att anta motion 13's första och andra att sats.

Ombud 83. Motionen antas i sin helhet

Ombud 152. Yrkar på att Vårdförbundet arbetar för att (istället för at-tjänst) införa ett års betald trainee efter avslutad 3-årig utbildning (biomedicinsk analytiker, röntgensjuksköterska, sjuksköterska)

Ombud 83. Att VF kongressen bifaller att-sats 7

Beslut

Kongressen beslutade att avslå yrkandena från ombud 148, 021, 166 och 067, 83 och 152.

Kongressen beslutade att Vårdförbundet arbetar för införandet av betald specialistutbildning för barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor.

Kongressen beslutade att Att-satserna 1-4 och 7 avslås.

Kongressen beslutade att Att-satserna 5-6, 8-12 anses besvarade.

14. Röntgensjuksköterskan ska räknas som en specialitet.

Motionär: Lena Viterius

Röntgensjuksköterskorna på Ystads röntgen står bakom denna skrivelse. Vi har också haft kontakt med ett flertal röntgensjuksköterskor från andra sjukhus som också ställer sig bakom. Mailet kommer att vidarebefordras till samtliga röntgenavdelningar i Sverige. Mail går även till svensk sjuksköterskeförening för radiologi och för vidare befordran till vårdförbundet. Diskutera frågan på arbetsplatsen och skicka in Er åsikt till Vårdförbundet och svensk sjuksköterskeförening för radiologi.

Funktions- alternativt Specialistutbildad sjuksköterska på röntgen. Detta är ett infekterat ämne bland röntgensjuksköterskor både medlemmar i vårdförbundet och även icke medlemmar. Funktionsutbildad men särskilt specialistutbildad anser vi att man måste vara för att kunna arbeta som röntgensjuksköterska, med ständigt ny högteknologisk utrustning. I beskrivning av röntgensjuksköterskeutbildningen står att röntgen är en grundutbildning med inriktning mot både teknik och omvårdnad. Det som rimmor dåligt med detta är att det inte finns någon kurs inom röntgen som gör att man kan räknas som specialist inom området. Därför bör röntgen räknas som funktions eller specialistutbildning.

Ingen allmänsjuksköterska kan arbeta som röntgensjuksköterska utan att gå en vidareutbildning inom området. I nuläget finns inte den möjligheten längre utan man får söka till direktutbildningen. Då det tidigare har funnits möjlighet att fördjupas sig i röntgen med 50 poängs studier kan man fråga sig varför inte ens sjuksköterskor med röntgen-påbyggnaden inte kan få kalla sig specialistsjuksköterska inom röntgen. Vidareutbildningar inom egen specialitet är nödvändig för att kunna ge patienten en trygg och säker vård i denna snabbt växande maskindominerande specialitet.

Varje röntgensjuksköterska har en inriktning som man blir speciellt duktig på och som andra kollegor inte är så specialiserade på t.ex CT, MR, ultraljud, Metodansvariga, Inköpsansvariga,

Barn, och ännu flera och ständigt växande specialiteter medlemmar redan nu talar om att gå ur vårdförbundet och gå in i annat fackförbund som är mer lämpat till vår utbildning. Vidare kommer inte röntgen att bli en specialitet som unga människor söker sig till eftersom löneutvecklingen är dålig och lågt värdesatt hos vårt fackförbund. Ska vi då alltid räknas som grundutbildade och aldrig få möjlighet att bli satsade på, för att vi valt ett yrke som redan från början anses som en grundutbildning? Vad vi än läser och fördjupar oss i inom vårt ämnesområde räknas vi ju ändå inte som en specialitet eller funktionalitet.

Vi förväntar oss:

- Att det arbetas för att röntgensjuksköterskan ska räknas som en specialitet.
- Att det finns flera möjligheter att få spetskompetens inom området.
- Att vidareutbildning ska löna sig.

Frågan bör lyftas till ett högre plan och tas upp centralt. Diskutera frågan på arbetsplatsen och skicka in Er åsikt till Vårdförbundet och svensk sjuksköterskeförening för radiologi. Röntgensjuksköterskorna, Lasarettet Ystad, Röntgen Öst, 0411-995425

Fakta/Bakgrund

Utbildningshistorik

Vård77-reformen kom att ligga till grund för en genomgripande förändring av bl.a. utbildningen i diagnostisk radiologi (SOU 1978:50). Genom denna reform tillkom en gemensam utbildningslinje, hälso- och sjukvårdslinjen, med sex inriktningar; inriktning mot allmän hälso- och sjukvård, psykiatrisk vård, operationssjukvård, ögonsjukvård, onkologi samt diagnostisk radiologi. Utbildningen diagnostisk radiologi blev 90 poäng. Examensbenämningen blev sjuksköterska med inriktningen diagnostisk radiologi. Legitimation erhöles, efter genomgången utbildning, genom särskild ansökan till Socialstyrelsen.

I och med beslut enligt högskolelagen (SFS 1992:1443) och högskoleförordningen 1993 (SFS 1993:100) övergick de medellånga vårdutbildningar från landstingskommunalt till statligt huvudmannaskap. Den treåriga sjuksköterskeutbildningen som startade år 1993 hade endast inriktningen allmän hälso- och sjukvård. Någon speciell inriktning mot diagnostisk radiologi fanns inte. I januari 2001 beslöt Regering och Riksdag (HSF 2001:23) att införa yrkesexamensbenämningen röntgensjuksköterska för de, som med godkänt resultat, genomgått utbildningsprogrammet för röntgensjuksköterska, 120 högskolepoäng, med helt ny målbeskrivning.

Denna målbeskrivning, som gäller för utbildningen än idag, är av Högskoleverket tydligt detaljpreciserad. För antagning till utbildningsprogrammet som röntgensjuksköterska krävs idag grundläggande behörighet för högskolestudier samt särskild behörighet (standardbehörighet F.1). Utbildningen är en universitets- och högskoleutbildning som idag omfattar 180 högskolepoäng, 3 år (utifrån högskolans anpassning till Bolognaprocessen),. Den kliniska utbildningen omfattar cirka hälften av utbildningstiden. Utbildningen är på grundnivå.

Röntgensjuksköterskans utbildning är en yrkesutbildning som leder till yrkesexamen som legitimerad röntgensjuksköterska. Röntgensjuksköterskan är ett eget yrke och tillhör en egen profession, har ett eget huvudområde som benämns Radiografi. De områden som ingår i huvudområdet är omvårdnad, medicin, bild och funktionsmedicin, samt strålfysik.

Röntgensjuksköterskan har även en egen yrkesetisk kod. Under åren har det förekommit att en del högskolor gett möjlighet till dem som har annan utbildning, till exempel sjuksköterskeutbildning att komplettera för att kunna utöva yrket röntgensjuksköterska. Dessa utbildningar är inte en specialistutbildning utan en ny yrkesutbildning för att få en röntgensjuksköterskeexamen som i sin tur ger legitimation som röntgensjuksköterska.

Utvecklingen inom området

Verksamheten inom röntgensjuksköterskans arbetsfält har varit och är under snabb utveckling. Ett exempel på den utveckling som sker inom verksamhetsområdet är att 70 % av de undersökningar som fanns 1970 förekom inte 1995. Nya verksamheter har utvecklats och det har även inneburit att verksamhetsområden närmar sig varandra. Till exempel området fysiologi. Frågan om reglerad specialistutbildning har varit och är en prioriterad fråga som Vårdförbundet arbetar med. Frågan diskuteras också tillsammans med Svensk förening för röntgensjuksköterskor. Förbundet och yrkesföreningen har också genomfört konferenser där medlemmar och chefer deltagit i diskussionen kring vilka områden/moduler det skulle kunna utvecklas specialistutbildning inom. Några områden som diskuterats är MR, Nuklearmedicin och Sonografi.

Vårdförbundet vill

I Löneavtalet HÖK 08 finns skrivning omkring funktions- och specialistutbildning. Syftet med den skrivningen är att i verksamheten ska kunna differentiera och öka lönespridningen. Denna skrivning kan ibland förväxlas med den diskussion som pågår kring arbetet med att få reglerade specialistutbildningar för alla fyra yrken. I dag är det endast inom sjuksköterskans område som den regleringen finns. En reglerad specialistutbildning är en utbildning som ligger på avancerad nivå och ger yrkesexamen.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att avslå första Att-satsen.

Att anse de övriga besvarade.

Beslut

Kongressen beslutade att avslå första Att-satsen.

Kongressen beslutade att anse de övriga besvarade.

15. Samhällets syn på sjuksköterskeyrket

Motionär: Esmeralda Hassanica, avdelning Stockholm.

Ett stort problem just nu är att många i det svenska samhället inte förstår vilka sjuksköterskorna är. De förstår inte att vi har en 3 årig universitetsutbildning. De tror att vi är liksom undersköterskorna. Vi måste aktivt arbeta för att få människor att förstå vilka vi är, hur viktiga vi är och vilket ansvar vi faktiskt har. Mitt förslag är drastiskt men nödvändigt. Namnet "Sjuksköterska" måste ändras. Förslag: "Omvårdnadstekniker", "Omvårdnadsingenjör", "Omvårdnadsexaminare", "OSS = Omvårdnads sjuksköterska"

Fakta/Bakgrund

Kunskapen bland allmänheten om medlemsgrupperna i Vårdförbundet är splittrad. Det är många som inte vet vad en sjuksköterska gör. Biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor är också yrken som inte är så välkända. Barnmorskan känner fler till men det är ändå inte så många som vet att de här yrkesgrupperna har ett eget självständigt yrkesansvar. Vi blir sammanblandade med t ex undersköterskor och vi uppfattas som assistenter till läkargruppen. Men även om vi kan bli sammanblandade med andra har vi som yrkesgrupper ett starkt stöd bland allmänheten. Det visades inte minst under konflikten 2008.

Sjuksköterska är en yrkestitel som är erkänd och reglerad av samhället. Sjuksköterskor räknas som en profession med självständigt yrkesansvar, egen etisk kod och ett eget kunskapsområde. En yrkestitel är viktig för att beskriva ett yrke, avgränsa yrket och utestänga andra från rätten till titeln. Yrkestiteln sjuksköterska har funnits sedan mer än 100 år och är väl etablerad i samhället.

Biomedicinska analytiker valde 1980-talet att byta yrkestitel för att markera sin självständiga ställning i arbetet. Det skedde i samband med arbetet att få legitimation. En profession definieras bland annat genom att ha en egen yrkestitel som är avgränsad och som utesluter de som inte uppfyller kraven för titeln. Den nya yrkestiteln för biomedicinska analytiker har varit viktig för professionsidentiteten men den har inte lett till att yrket blivit mera känt bland allmänheten. Det finns många sätt att arbeta för att göra ett yrke känt. Den främsta ambassadören är förstås var och en av oss. Hur jag uppträder och väljer att beskriva mig, mitt ansvar och min roll i vården avspeglas också i hur allmänheten ser på oss.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att fortsätta arbetet med att marknadsföra och stärka våra yrken för att få en annan värdering i samhället och i vården.

Att avslå förslaget att ändra yrkestitel för sjuksköterskor.

Beslut

Kongressen beslutade att fortsätta arbetet med att marknadsföra och stärka våra yrken för att få en annan värdering i samhället och i vården.

Kongressen beslutade att avslå förslaget att ändra yrkestitel för sjuksköterskor.

16. Nationell utbildningsplan för grundutbildningarna

Motionär: Lars Cronstaaf, avdelning Västra Götaland.

Idag finns grundutbildningen till de yrken som Vårdförbundet representerar på ett flertal utbildningsorter. Några nationella riktlinjer finns inte, utan det är upp till universiteten och högskolorna själva att lägga upp program och kursplaner. Detta har lett till att innehållet i utbildningarna varierar stort, antal veckor med verksamhetsförlagd utbildning varierar stort och upplägget på kurserna varierar stort.

Detta medför främst två problem:

- De nytexaminerade kollegorna har olika utbildnings-, kunskaps- och erfarenhetsbakgrund. Den ena kollegan kan ha haft 13 veckor verksamhetsförlagd utbildning, den andra kan ha haft 50 veckor.
- Studenter kan inte utan besvär byta utbildningsort. Det förekommer att studenter som byter utbildningsort får gå om ett år då kursernas upplägg och innehåll inte stämmer rakt av eller tolkas på samma sätt av utbildningsanordnarna.

Förslag: Vårdförbundet skall verka för att grundutbildningarna till sjuksköterska, röntgensjuksköterska och biomedicinsk analytiker får nationella utbildningsplaner. Detta för att säkerställa grundutbildningarnas innehåll och kvalitet nationellt.

17. Nationell kursplan

Motionär: Jenny Eleholt, avdelning Norrbotten

Som det ser ut idag ser alla landets utbildningar inom omvårdnad extremt olika ut. Bland annat skiljer antalet praktikveckor från 27-52. Enligt EU:s direktiv 36 ska utbildningarna till 50% bestå av praktik. Kurserna överlag är väldigt olika upplagda och vid olika tidpunkter på åren vilket gör det i stort sett omöjligt att byta utbildningsort under pågående program. Det som sker är dessutom att vi får helt olika kompetens på de sjuksköterskor som går ut, vissa är väldigt kompetenta inom det kliniska medan andra är väl insatta i evidens. Alla utbildningar borde värdesätta alla delar av utbildningen lika starkt. En nationell kursplan skulle innebära lika kompetenta sjuksköterskor över hela landet oavsett utbildningsort samt en större rörlighet över landet.

Fakta/Bakgrund

Vårdförbundets medlemsgruppers grundutbildningar utgår idag från Högskoleförordningens examensordning och ger en 3-årig akademisk yrkesexamen på grundnivå om 180 HP. Utbildningarna styrs av Högskolelagen (1992:1434) som innehåller bestämmelser för universitet och högskolor som har staten, kommuner eller landsting som huvudman. Vad som gäller för enskilda utbildningsanordnare på högskolenivå, exempelvis stiftelser, aktiebolag eller föreningar går att läsa om i lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina. Bestämmelserna i högskolelagen kompletteras av reglerna i högskoleförordningen. Här anges vilka examina som får avläggas och vilka krav studenterna ska uppfylla för respektive examen. I den gällande examensordningen för respektive utbildning anges endast de krav som skall uppfyllas alltså inte vad som skall leda till denna uppfyllelse eller i vilken ordning kunskaperna skall komma i utbildningen. Hur respektive lärosäte lägger upp sin kursplan/utbildningsplan står varje lärosäte fritt att genomföra. Detta leder till att det förekommer skillnader i utbildningarnas innehåll mellan olika universitet och högskolor, exempelvis vad avser mängden verksamhetsförlagd utbildning. Detta är också en av grunderna till varför Vårdförbundet hävdar att ett nationellt organ skall bildas där utbildningarna skall kunna utformas på ett likvärdigt sätt för en säker och jämlik vård men också för studentens möjlighet till fri rörlighet under studietiden.

Vårdförbundet vill

De utbildningar som ligger till grund för Vårdförbundets medlemsgrupper är själva förutsättningen för medlemmarnas yrkestillhörighet och blir därmed en betydande fråga för förbundet. På Vårdförbundets kongress i november 2008 togs beslut om "Vårdförbundets utbildningspolitiska idé". Den utbildningspolitiska idén bygger på våra grundläggande

värderingar, våra etiska koder och vår syn på utvecklingen av vården och vårdens system. Den bygger också på vårt uppdrag att skapa de allra bästa villkoren för att utöva yrket. Där beskrivs vårt ställningstagande till grund och specialistutbildning för våra fyra yrken och som ligger till grund för vårt arbete med utbildningsfrågorna.. Vad avser verksamhetsförlagd utbildning så finns ett EU-direktiv med krav på att 50 % av sjuksköterskeutbildningen ska vara verksamhetsförlagd. (Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer,Dir.36)) En kartläggning som Vårdförbundet gjorde 2010 visade att ingen av landets sjuksköterskeutbildningar uppfyllde dessa krav.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att anse motionerna besvarade.

Beslut

Kongressen beslutade att anse motionerna besvarade.

18. Kostnadsfria praktiker

Motionär: Jenny Eleholt, avdelning Norrbotten

I Luleå där jag studerar är praktikplatserna på sjukhuset väldigt begränsade. Detta gör att många sjuksköterskestudenter placeras på övriga orter i norrbotten. Detta gör att resan till övriga platser runt om i norrbotten många gånger blir väldigt lång och kostsam samt att denna placering kräver ett boende på denna plats 23-30 mil från ens vanliga bostad. Det vore därför önskvärt att fler kostnadsänkta bostäder i anslutning till sjukhusen upprättades samt att ett större bidrag gavs för resa och boende. Idag ges 250kr/vecka från skolan samt en resa dit och hem. Kanske skulle det kunna vara ett bidrag att söka hos Vårdförbundet som komplement till C-uppsats stipendie- och resestipendie.

Fakta/Bakgrund

Idag utgår inte några centrala ersättningar för resor/boende under den verksamhetsförlagda utbildningen inom högskolan utöver de studiemedel som staten tillhandahåller i form av bidrag och lån. Det är upp till varje lärosäte att finna system för att studenterna ska få möjlighet att fullfölja sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU). Utifrån varje lärosätes självstyre borde därför diskussioner föras mellan lärosätet och den verksamhet där VFU skall genomföras. Rimligt är att i de avtal som upprättas mellan verksamheten och lärosätet (angående antal VFU-platser) även behandla lämpliga ersättningsnivåer för studenternas resor och ev. dubbelboende vid genomförandet av VFU.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att anse motionen besvarad.

Beslut

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

19. Förskrivningsrätt för sjuksköterskor och barnmorskor

Motionär: Styrelsen avdelning Jönköping

Vissa sjuksköterskor och barnmorskor har idag rätt att förskriva vissa typer av läkemedel. Denna förskrivningsrätt finns införd i Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal. För att få förskriva läkemedel måste sjuksköterskan eller barnmorskan ha en förskrivarkod utfärdad av Socialstyrelsen.

Men detta räcker inte, utan sjuksköterskan eller barnmorskan måste dessutom tjänstgöra i viss verksamhet såsom landstings- eller kommunalt driven vårdcentral eller hemsjukvård eller inom kommunens hälso- och sjukvård. Även motsvarande verksamhet i privat regi accepteras. Förskrivningsrätten gäller endast under den tid sjuksköterskan eller barnmorskan tjänstgör vid någon av de angivna verksamheterna. Däremot får exempelvis en läkare förskriva läkemedel så länge som denne är legitimerad oavsett i vilken verksamhet som denne tjänstgör, till och med efter att han eller hon har gått i pension. Vi vill att kongressen ger Vårdförbundets styrelse i uppdrag att snarast arbeta för att sjuksköterskor och barnmorskor med förskrivningsrätt skall kunna använda sin kompetens Fullt Ut och inte särbehandlas på det sätt som nu sker.

Styrelsen avdelning Jönköping.

Fakta/Bakgrund

Sjuksköterskor

Förskrivningsrätten för sjuksköterskor regleras av Socialstyrelsen. För att sjuksköterskor ska kunna förskriva läkemedel krävs följande:

1. vidareutbildning i farmakologi och sjukdomslära.
2. Tjänstgöring inom särskilt angivna områden. Distriktssköterskor ska tjänstgöra inom landstingens eller kommunernas primärvård eller hemsjukvård. Andra sjuksköterskor ska tjänstgöra inom kommunernas boenden för äldre och funktionshindrade eller inom hemsjukvård. Med landsting och kommun jämställs privata vårdgivare som är offentligt finansierade. Sjuksköterskor som arbetar i privat finansierad verksamhet får inte förskriva läkemedel.
3. sjuksköterskan ska ha ansökt om förskrivningsrätt hos Socialstyrelsen och fått en förskrivarkod (en kod som ska anges när man skriver recept).

Vilka läkemedel som får förskrivas regleras av Socialstyrelsen i en bilaga till en föreskrift. Många av de läkemedel som får förskrivas är receptfria, dvs. de kräver inte förskrivning.

Barnmorskor

Barnmorskors förskrivningsrätt regleras av Socialstyrelsen. Barnmorskor har rätt att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte om de uppfyller krav på utbildning i preventivmedelsrådgivning och har fått adekvat inskolning. Förskrivningsrätten är inte begränsad till var man är anställd. Vilka läkemedel som får förskrivas regleras av Läkemedelsverket i en bilaga till en föreskrift.

Vårdförbundet vill

Sjuksköterskor med förskrivningsrätt inom sitt kompetensområde kan ge patienterna en bättre vård ur ett helhetsperspektiv och en snabbare tillgång till läkemedel. Den underlättar för äldre och funktionshindrade som kan ha svårt att ta sig till vårdcentral eller annan mottagning där läkare finns. Patienter och närstående får bättre rådgivning och information. Sjuksköterskor kan överväga andra behandlingsalternativ än läkemedel. Förskrivningsrätten leder också till bättre kommunikation mellan sjuksköterskan och andra professioner om patientens

vårdbehov. Vårdförbundet anser att förskrivningsrätten inte bör vara begränsad till tjänst eller till verksamhetsområde, utan enbart till kompetensen, som för t.ex. läkare. Förskrivningsrätten bör inte vara begränsad till tjänstgöring inom primärvård, hemsjukvård och kommunal hälso- och sjukvård för äldre och funktionshindrade. Det finns även andra områden inom vården där sjuksköterskor och distriktssköterskor borde kunna utnyttja sin kompetens som förskrivare, exempelvis inom företagshälsovård och skolhälsovård. . Förskrivningsrätten bör inte vara begränsad till offentligt finansierad verksamhet. Den begränsning som finns idag utgör ett hinder för sjuksköterskor och distriktssköterskor i den privat finansierade vården.

Sjuksköterskor bör få behörighet att förskriva alla receptfria läkemedel. Inom vissa specifika områden borde provas att ge sjuksköterskor en utökad förskrivningsrätt inom ramen för särskilda vårdprogram. Detta skulle t.ex. kunna vara aktuellt inom diabetesvård, där sjuksköterskor skulle kunna iterera recept till välinställda patienter

Barnmorskor arbetar i hög grad självständigt även med andra frågor än preventivmedelsrådgivning, t.ex. klimakteriebesvär, inkontinens och amning. Barnmorskors förskrivningsrätt borde även kunna omfatta iterering av recept på östrogen till äldre, syntocinon i anslutning till amning samt antibiotika vid enklare urinvägsinfektioner och sexuellt överförbara sjukdomar.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att anse motionen besvarad.

Beslut

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

20. Mer ansvar åt distriktssköterskorna!

Motionärer: Dennis Svensson, Helsingborgs lasarett, Tord Rausner, Primärvården Skåne, Cecilia Kadanik, Helsingborgs lasarett

Runt om i landet råder stor brist på distriktsläkare. Detta har medfört att man för en dyr ekonomisk ersättning hyr in läkare. Samtidigt finns det en hög kompetens bland distriktssköterskor som inte används fullt ut. I många fall ersätts de med grundutbildade sjuksköterskor vid anställningsförfarande. Ibland för att det saknas distriktssköterskor. Ekonomiska styrmedel måste till för att öka antalet distriktssköterskor och deras kompetens måste tas tillvara.

Många arbetsuppgifter och bedömningar som idag utförs av läkare, skulle distriktssköterskor vara kompetenta att klara av. Primärvården skulle spara mycket pengar och de skulle utan vidare kunna öka distriktssköterskornas löner med 5-10 000 kronor i månaden, så att de får betalt för det ökade ansvarstagandet. I de fall en arbetsuppgift skulle kräva kompetenshöjning står arbetsgivaren för denna. Distriktssköterskorna borde få arbeta mer med hälsovård och egna mottagningar.

Fler skulle vilja vidareutbilda sig till distriktssköterskor. Vårdkvalitén skulle öka och arbetsgivaren skulle spara pengar. Vid behov kan de remittera till medicinsk kompetens.

Vi yrkar därför:

ATT Vårdförbundet förbundsstyrelse arbetar i enlighet med motionens intention.

ATT Vårdförbundet förbundsstyrelse arbetar för att ekonomiska styrmedel används för att öka antalet distriktssköterskor.

ATT Vårdförbundet förbundsstyrelse arbetar för att distriktssköterskor i framtiden får möjlighet att öppna egna praktiker utan läkare.

ATT Vårdförbundet förbundsstyrelse arbetar för att det enbart anställs distriktssköterskor i hemsjukvården.

Fakta/Bakgrund

Primärvården har under lång tid dragits med stora organisatoriska problem, däribland att få den kompetens som behövs för en god och säker vård. Ser vi dessutom in i framtiden så tillkommer ett stort antal pensionsavgångar för flera av yrkesgrupperna inom den öppna vården. Flera åtgärder har gjorts genom åren, mer pengar har anslagits till primärvården för exempelvis diagnosmottagningar som många gånger har leddes av sjuksköterskor sk person-pengar. Andra exempel har varit återkommande förändringar i ersättningssystemen – med stort fokus på medicinska insatser, sammanslagningar av Vårdcentraler för att komma tillrätta med brister i verksamheterna osv. Nu det senaste en vårdvals lag med syfte att öka patientens rätt att välja vårdgivare i primärvården.

Riksdagen har i februari 2009 antagit propositionen om Vårdval i primärvården. Det innebär att alla landsting, regioner och Gotlands kommun enligt lag ska ha infört vårdvalssystem senast den 1 januari 2010, som ger patienterna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Några landsting har redan tidigare infört vårdvalssystem i primärvården. Enligt lagen om Vårdval i primärvården finns det rätt för vårdgivare som uppfyller kraven som landstingen ställer, att etablera sig med offentlig ersättning.

Vårdförbundet skrev en rapport 2010 om hur vårdvalet har fallit ut. Där rapporteras att tillgängligheten till vårdgivarna ökat och i de flesta län är det en reell möjlighet för befolkningen att välja mellan vårdgivare. En positiv effekt är att primärvården synliggörs och analyseras. Kompetens och bemanning är schematiskt reglerade i de olika uppdragsbeskrivningarna, det överläts till vårdgivarna att bestämma vilken kompetens som behövs och hur kompetensutvecklingen ska se ut.

För Vårdförbundets medlemmar har vårdvalet inneburit stora omställningar och förändringar. Den ekonomiska styrningen är tydlig och inverkar på hur arbetet fördelas och utförs i verksamheterna. Ersättningssystemen upplevs påverka innehållet i arbetet mer än kraven i uppdragsbeskrivningarna. Valfrihetssystem kan innebära möjligheter till innovationer och förändringar i primärvården och samtidigt ge befolkningen möjlighet till att välja annat än en vårdcentral. Flertalet huvudmän har valt en traditionell primärvårdsmodell med stora vårdcentraler, där valfriheten mellan de olika verksamhetsgrenarna inom primärvården begränsas.

Verksamheter som mycket väl skulle lämpa sig för vårdval är barnhälsovård, mödrahälsovård, distriktssköterskeverksamhet och hemsjukvård. Den form som flertalet landsting har valt gynnar inte Vårdförbundets grupper självständighet och stimulerar inte mångfalden. Distriktssköterskor har den specifika specialistutbildning som motsvarar samhällets behov av hälsofrämjande arbete vilket inte framkommer fullt ut i de uppdragsbeskrivningar som idag

finns. Vården blir allt mer komplext med allt kortare slutenvårdstider. Följden blir att allt fler vårdas i hemmet. För att vårdtagaren ska mötas av den kunskap och kompetens som just han eller hon behöver ska också organisationen anpassas för att klara detta. I framtiden kan det innebära att det bör finnas flera olika specialistutbildade yrkesutövare inom primärvården.

Vårdförbundet vill

Vårdförbundet driver nu ett projekt där arbetet med ersättningarna bättre skall motsvara de vårdinsatser som sker inom ramen för vårdvalet exempelvis att distriktssköterskor ersätts för de arbetsinsatser som de utför. På så sätt finns förutsättningar för distriktssköterskor och andra specialistutbildade sjuksköterskor att driva egna mottagningar exempelvis livsstils-mottagningar eller hälsovårdsmottagningar för äldre.

I arbetet med hemsjukvårdens övergång till kommunen driver Vårdförbundet att all hemsjukvård skall drivas och ledas av specialistutbildade sjuksköterskor exempelvis av distriktssköterskor eller äldreomsorgssjuksköterskor.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att anse motionens Att-satser 1 - 3 besvarade.

Att avslå motionens sista Att-sats.

Beslut

Kongressen beslutade att anse motionens Att-satser 1 - 3 besvarade.

Kongressen beslutade att avslå motionens sista Att-sats.

16.2 Vårdförbundets utbildningspolitiska idé

Vi arbetar gemensamt för att påverka utvecklingen av våra yrken. Därför ska vi också vara med och påverka och utveckla utbildningarna. Utbildningarna lägger grunden för respektive yrke samt för forskning och utveckling av våra kunskapsområden.

Som professioner tar vi själva ansvar för att leva upp till de krav som vårt yrkesansvar innebär. En ständig utveckling av våra yrken behövs för att möta befolkningens behov av kunskap inom vården. Utöver att utbildningarna inom våra kunskapsområden behöver anpassas efter vårdens behov, krävs också en ständig kunskapsutveckling och fortbildning inom professionen under ett helt yrkesliv.

Utbildning ska löna sig

Utbildning är en investering som ska löna sig för samhället och individen. Människor som satsar tid och kraft på utbildning måste få avkastning på sina investeringar i form av en adekvat anställning, med relevanta arbetsuppgifter, ansvar och befogenheter och inte minst en bra lön. Högre utbildning är också ett viktigt bidrag till samhällsutvecklingen.

Sex kärnkompetenser för framtidens vård

Framtiden ställer nya krav på vården. Institute of Medicine och Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) i USA har identifierat sex kärnkompetenser som kommer att ha strategisk betydelse för yrkesutövare i vården och för verksamheten inom hälsa, vård och omsorg. De sex kärnkompetenserna är: Vårdtagaren i fokus, Teamarbete och samverkan med andra, Evidensbaserad vård, Förbättringsarbete och kvalitetsutveckling, Säker vård och Informatik.

Socialstyrelsen säger i sin föreskrift ”God vård” att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt att vården ska ges i rimlig tid. Både kärnkompetenserna och socialstyrelsens föreskrift sammanfaller med de idéer som Vårdförbundet lyfter fram i vår vårdpolitiska idé och vår Vision 2018.

Våra utbildningar behöver redan nu förändras och rusta för de krav som ställs i framtidens vård. Att införa de sex kärnkompetenserna som en röd tråd i hela utbildningen ger studenterna både kunskap om och förståelse för dessa krav. För att uppnå den goda vården behöver vi dessutom peka ut hälsa, etik och vårdmiljö som utgångspunkter inom samtliga kärnkompetenser.

Vårdtagaren i fokus (Patient-centered care)

Målet är att i vårdmötet uppnå ett bra samspel och följsamhet med vårdtagaren och/eller närstående. Vårdtagare kan genom sin erfarenhet, delaktighet och kunskap bidra till att öka kvaliteten och göra vården säkrare. Vårdtagaren ska möta medkänsla och en värdebaserad sammanhållen vård.

Teamarbete och samverkan med andra (Teamwork and collaboration)

Teamarbete handlar om multiprofessionella processer där samspel i team och mellan kunskapsområden leder till god och säker vård. Vårdtagaren och närstående är en del av teamet.

Evidensbaserad vård (Evidence-Based Practice)

Evidensbaserad vård innebär en medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga kunskap. Detta integreras med klinisk erfarenhet och vårdtagarens behov och vilja. Utmaningen ligger i att hantera en stor mängd föränderlig information, främst vetenskaplig, och att systematiskt tillämpa den i det dagliga arbetet.

Förbättringsarbete och kvalitetsutveckling (Quality Improvement)

Vårdens resultat ska följas och utvärderas. Förbättringsarbete är en grund för vårdens utveckling och för att nå goda resultat. Genom att regelbundet mäta, följa upp och öppet redovisa resultat och utveckling kan säkerhet och kvalitet i verksamheten förbättras. Här är det nödvändigt med kvalitetsindikatorer som speglar alla vårdens olika kunskapsområden.

Säker vård (Safety)

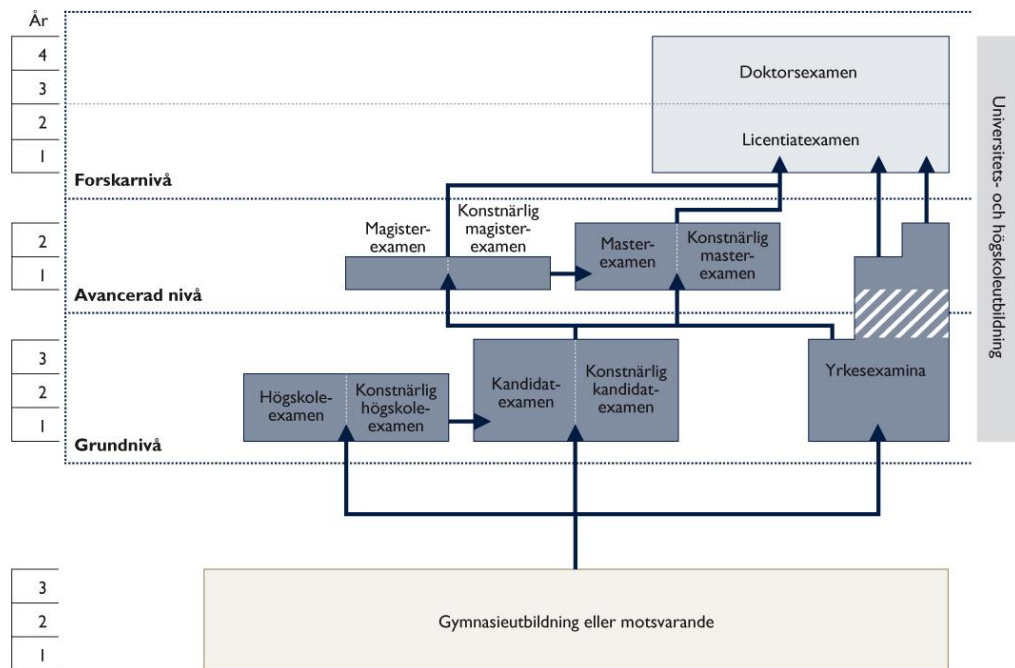
Vården är ett komplext system med hög risknivå. Fokus måste riktas mot att minimera riskerna för vårdtagare och yrkesutövare genom ett systematiskt proaktivt kvalitets- och säkerhetsarbete.

Informatik (Informatics)

Tillämpad vårdinformatik är en strategisk uppgift i vårdens processer dels för att kommunicera, hantera kunskap och lära av misstag, dels som ett stöd vid beslut om vårdinsatser.

Utbildningarna till våra fyra yrken ska bygga på de sex kärnkompetenser som krävs inom hälsa, vård och omsorg. Hälsa, etik och vårdmiljö ska vara tydligt uttalade inom respektive kärnkompetens.

Nationell referensram för examina (NQF), bild från HSV



Utbildningens utformning

Utöver att utbildningarnas innehåll behöver anpassas efter de krav som ställs på dagens och framtidens vård behöver också utbildningarnas utformning ses över för att vara så ändamålsenliga som möjligt.

Antagning till utbildning

Nya former för antagning, som komplement till betyg och högskoleprov, behöver utvecklas. De ska innefatta en reglering för hur lämpligheten kan provas redan vid antagning till utbildningen. Exempelvis genom intervjuer och samtal om etik och värderingar.

Inför antagning till utbildning ska samtal om etik och värderingar ske.

Studierna

Studierna ska präglas av frihet under ansvar. Samspel, delaktighet, reflektion, bekräftelse, stöd, respekt, tydlighet, kritisk granskning, motivation och trygghet är några av de begrepp som aktualiseras i anslutning till studentinflytande.

Studenternas möjlighet till reellt inflytande i den verksamhetsförlagda utbildningen kan underlättas av en tydlig kravspecifikation av innehållet i varje placering och vilka resultat som förväntas. En kravspecifikation skulle kunna innehålla en beskrivning av verksamhetens värdegrund och innehåll, vad som erbjuds studenten och målen för det aktuella utbildningsavsnittet.

Studierna ska präglas av frihet under ansvar.

Examination

Alla studenter bör förutom teoretisk examination också genomgå en praktisk slutexamination. Examineringen ska utformas så att den unika karaktären för respektive kunskapsområde framträder. Detta för att säkerställa att studenten under sin utbildning har uppnått ett professionellt kunnande och förhållningssätt (lämplighet) samt efter specialistutbildning fördjupning i det professionella kunnandet.

Studenten ska genomgå en praktisk slutexamination.

Lärrar- och handledarkompetens

För att höja kunskapsnivån i både den teoretiska och den verksamhetsförlagda utbildningen måste andelen lärare som har disputerat öka väsentligt. En viktig del i den verksamhetsförlagda utbildningen är att vidareutveckla ett vetenskapligt förhållningssätt genom att systematiskt bearbeta, reflektera, dra slutsatser, värdera och dokumentera. Det ska finnas kliniska professors- och lektorsbefattningar kopplat till olika vårdverksamheter och/eller specialistområden. Yrkesutövare med huvudansvar för undervisning i vården ska ha utbildning med lägst masterexamen samt handledarutbildning. Huvudhandledare ska ha avsatt tid för undervisningsuppdraget och vara adjungerad till lärosäte.

För att få en starkare koppling mellan akademi/lärosäte och vårdverksamhet krävs en särskild organisation med studierektor/klinisk lektor som utbildningsansvarig i verksamheten. Organisationen byggs upp i samverkan med utbildningsanordnaren.

För studenterna sker under utbildningstiden också en socialisering till yrket och yrkets kultur. Möten och kollegiala samtal med yrkesverksamma barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor är en viktig del av utbildningen.

Det ska finnas kliniska professorer, lektorer och adjunkter i verksamheten för att säkra den akademiska nivån och stärka samverkan mellan verksamhet och högskola/universitet.

Yrkesutövare med ansvar för undervisning och handledning ska ha lägst masterexamen samt handledarutbildning.

Kollegiala mötesplatser och samtal för att stärka yrkesidentiteten ska planeras inom ramen för utbildningen.

Utbildning på avancerad nivå

I vår vision uttrycks tydligt att våra utbildningar ska ha högsta kvalitet, vara attraktiva och ge tillträde till forskning. För att kunna uppnå den målbilden behöver grundutbildningarna såväl som specialistutbildningarna vara på avancerad nivå.

Vårt yrkesansvar ställer krav på självständighet och förmåga att hantera komplexa frågeställningar och situationer. Utbildningarna inom våra fyra yrken behöver förlängas för att yrkesgrupperna ska kunna möta de krav som en alltmer kunskapsintensiv vård ställer. Den teoretiska delen som krävs för grundläggande kunskaper är alltmer omfattande. För att få tillräcklig träning av alla de områden och vårdmöten som man som yrkesverksam kommer att

ansvara för behöver den verksamhetsförlagda utbildningen vara längre än idag. Det innebär att utbildningen behöver vara minst fyra år.

Utbildningarna till våra fyra yrken ska vara på avancerad nivå och därmed ge behörighet till utbildning på forskarnivå.

Akademisk yrkesexamen

Det finns idag 21 legitimationsyrken som kräver en yrkesexamen i Sverige. Våra yrken är fyra av dem. Det är regeringen som beslutar vilka utbildningar som ger yrkesexamina. En yrkesexamen är reglerad vilket innebär att de ska uppfylla nationellt fastslagna mål utformade i samverkan med verksamheten. Efter avlagd yrkesexamen kan studenten ansöka om legitimation hos Socialstyrelsen. Vårdförbundet vill fortsatt se en akademisk yrkesexamen för våra fyra yrkesgrupper.

Våra yrken ska fortsatt vara nationellt reglerade och leda till akademisk yrkesexamen på avancerad nivå.

Teoretiska och kliniska examina

Vi vill komplettera den nationella regleringen av våra utbildningar med både teoretiska och kliniska examinationsformer. För detta krävs kliniskt verksamma adjunkter, lektorer och professorer samt en verksamhetsintegrerad forskning. Det skulle bidra till att göra våra utbildningar mer attraktiva och skulle ge en större spridning av forskning och utveckling inom våra olika kunskapsområden och vårdens olika delar.

Examensarbetet ska vara knutet till verksamhet inom kunskapsområdet och genomföras innan examen och legitimation.

Specialistutbildning

Specialistutbildningarnas anknytning till högskola och akademi är nödvändig för att upprätthålla och säkerställa kvaliteten inom yrkena och i vården. Idag finns en etablerad examensordning för sjuksköterskors specialistutbildning. Däremot saknas reglerade specialistutbildningar för barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor.

Behovet av fördjupning och specialisering förändras och utvecklas över tid. Det sker i takt med vetenskapens och vårdens utveckling liksom förändringar i vårdtagares och närståendes behov. För att ta tillvara ny kunskap och för att öka kvaliteten i vården behövs fördjupad kompetens och specialisering inom olika områden. Det gäller alla våra yrken.

Specialistutbildning ska bygga på de kurser som krävs enligt examensordning för respektive specialisering. Den ska också ha en fastställd ordning för den verksamhetsförlagda utbildningens innehåll som planeras inom ramen för anställningen.

Ett examensarbete med direkt koppling till specialiteten ska genomföras för slutexamen på avancerad nivå. Specialistutbildning ska ge en skyddad yrkestitel som just specialist inom aktuellt specialområde.

Specialistutbildning ska vara meriterande för forskarutbildning men för den som inte vill gå specialistutbildning ska det finnas kurser för generell masterexamen som fördjupning för att kunna gå vidare till forskarutbildning.

Specialistutbildning inom ramen för anställning

Vårdens arbetsgivare har ansvar för kunskapsförsörjningen i vårdens olika verksamheter och måste kontinuerligt inventera vilken specialistkunskap som finns och vilken specialistkunskap som behöver tillföras för god och säker vård. Specialistutbildning ska därför ske inom ramen för en anställning. Efter avslutad utbildning ska särskild anställning erbjudas för den specialistutbildade, där det tydligt framgår vilka ansvarsområden och befogenheter den specialistutbildade har.

Det ska finnas reglerade specialistutbildningar för alla fyra yrken.

Specialistutbildning är på avancerad nivå och ska ge specialistexamen.

Anställning ska inrättas för specialistutbildning.

Forskarutbildning

Forskningen är grunden för utvecklingen av kunskapsområdena och därmed både för yrkena och för vården. Det behövs en kraftfull rekrytering av unga barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor till forskarutbildningen. Genom att uppmärksamma forskningen som en viktig karriärväg och genom att förbättra villkoren för studier på forskarnivå kan framtidens forskning inom kunskapsområdena tryggas.

Fler inom våra kunskapsområden ska ha möjlighet till forskningsstudier.

Finansieringen av forskarutbildningen behöver omfördelas så att våra yrkesgrupper har jämlika förutsättningar att få del av dessa medel.

Klinisk forskning

Den kliniska forskningen ska förstärkas. Det är nödvändigt för att stödja utvecklingen av vården och yrkena samt kvalitetssäkra utbildningen. Särskilt fokus bör riktas mot att stimulera interventionsforskning. Det är en viktig förutsättning för att skapa en värderingsförändring. Mer forskning och därmed fler forskningsresultat bidrar till att förändra synen på vår kunskap och därmed också värderingen av den. De resurser som satsas på forskning förutsätts bidra till en bättre hälsa med ökad livskvalitet och leda till minskade samhällskostnader. De kliniska forskarna mäter, värderar och tolkar resultat för vårdtagaren. De ser också till att ny kunskap snabbt kommer till vården och att viktiga problem i vården lyfts in i forskningen.

Ökade medel och resurser krävs för att stärka forskningen inom våra kunskapsområden, likväl som inom områdena hälsa, vård och omsorg.

Nationellt samverkansorgan

Idag finns brister i kommunikation och samverkan mellan vårdens verksamheter, akademi och samhälle. Ett samverkansorgan på nationell nivå skulle underlätta kommunikationen mellan olika intressenter och öka interaktionen mellan vård, utbildning och forskning. Samverkansorganet skulle samla företrädare för vården, lärosätena, professionella organisationer och myndigheter. En viktig uppgift vore att med blicken riktad mot framtiden följa utvecklingen inom vården. Utifrån den kunskapen fattas beslut om specialistinriktningar för professionerna och nationella kompetenskrav utarbetas för att utbildningen ska bli likvärdig över landet. Ett nationellt samverkansorgan skulle skapa goda förutsättningar för en kvalitetsgaranti både vad gäller akademi och kunskapsdjup, samt de behov som vårdens verksamheter har av färdighetsträning.

Ett nationellt samverkansorgan kan bidra till att öka interaktionen mellan vård, utbildning och forskning.

Förslag till beslut

Att godkänna förslaget Vårdförbundets utbildningspolitiska idé.

Yrkande

Sid 1:

Ombud 99,137,65, 165, 198 och 133. Yrkar att alla dokument granskas utifrån yrke eller profession så att det blir tydligt när vi menar vad.

Ombud 167 och 101. Under ingress: efter kunskapsområden fortsätta med :", reproduktiv perinatal omvårdnad, radiografi, omvårdnad och biomedisinsk laboratorievetenskap.

Sid 3:

Ombud 151. Tillför ordet rättsäker och transparent innan ordet reglering, i andra stycket sidan tre.

Ombud 149. Antagande till utbildning - reglering utifrån rättssäkerhet, tillägg av rättssäkerhet

Ombud 148. Sid 3 alt 4 att formulera att tre av våra yrkesgrupper har en grundutbildning / utbildning med målsättning på avancerad nivå. Utbildningen till den fjärde yrkesgruppen ses utifrån sina förutsättningar på sin nivå.

Sid 4:

Ombud 152. 3:e kursiva stycket: Tilläggsyrkande: Handledare ska ha genomgått handledarutbildning för att handleda studenter.

Ombud 152. Tilläggsyrkande: 2:a kursiva stycket: ...i verksamheter som tar emot fler än 20 studenter per år.

Sid 6:

Ombud 149. Anställning ska inrättas för byt ut mening till Spec.utb ska erbjudas inom ramen för anställningen

Ombud 149. Kursiv mening: fler inom våra kunskapsområden - byt ut kunskapsområden mot yrkesområden

Ombud 152. 4:e kursiva stycket. Byta ut kunskapsområden till yrkesområde. Även säkerställa det genom hela dokumentet.

Sid 7:

Ombud 149. Första meningen, kunskapsområden, byt ut mot yrkesområden

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla yrkandena från ombud 99,137,65, 165, 198 och 133, 167 och 101 samt 148.

Kongressen beslutade att avslå yrkandena från ombud 151, 149 och 152.

Kongressen beslutade att förbundsstyrelsen får i uppdrag att göra språkliga/redaktionella ändringar i alla politiska dokument. Arbetet görs av en grupp bestående en representant från förbundsstyrelsen och kommunikationsgruppen samt en avdelningsordförande.

Kongressen beslutade att godkänna förslaget Vårdförbundets utbildningspolitiska idé med gjorda ändringar.

Reservation

Gabriella Thies, Västmanland. Meningen ”Anställning ska inrättas för specialistutbildningar” – vårdförbundet kan inte inrätta en anställning – men verka för. Syftningsfel – specialistutbildning borde i så fall vara specialistutbildad.

Cecilia Stoor, Västmanland. Reserverar mig mot att låta skrivningen i punkt 16:2 ”Yrkesutövare med ansvar för undervisning och handledning ska ha lägst magisterexamen samt handledarutbildning” inte efterföljas av tillägget ”Handledare ska ha genomgått handledarutbildning för studenter. Att ha ansvar för handledning och att aktivt handleda är olika saker. Huvudhandledare ↔ handledare.

16.3 Strategi inför 2014 med perspektivet utbildning/profession

Dialog

Ombuden diskuterade vid borden. Resultatet sammanställs av analysgruppen som underlag inför det fortsatta arbetet. Se Bilaga 3.

17.1 Vårdens ledarskap

Idé/förslag/motion

1. Health Technology Assessment

Motionär: Britta Berglund, avdelning Stockholm

Jag föreslår att Vårdförbundet tar upp frågan om HTA (Health Technology Assessment) i vården. Studiedagar där man beskriver det och får träna tänket är bra. Det är något som kommer stort inom EU och även patientrepresentanter får kunskap om detta. Inom vården är kunskapen ganska obefintlig, trots att vi påverkas när satsningar ska göras. Bedömningar om vilka behandlingar som ska ges, hur effektiva de är, vad de kostar, vem som betalar, och patientens livskvalitet som ett mått som används, ja nog behöver vi veta mer om detta! Annars sitter vi där och har ingen röst när vi tillfrågas, för vi vet ingenting om detta och vi behöver träna oss i att argumentera för patientens bästa och inte enbart ekonomin!

Fakta/bakgrund

Med teknologiutvärdering inom hälso- och sjukvården avses en systematisk utvärdering av hälso- och sjukvårdens processer och procedurer. Health Technology Assessment är ett globalt använt begrepp som står för evidensbaserade beslutsprocesser inom hälso- och sjukvården med syfte att säkra god kvalitet och kostnadseffektivitet. Teknologibegreppet omfattar såväl teknik- som omvårdnadsrelaterade processer och procedurer samt läkemedel. Teknologiutvärderingen görs för att säkra ett väl genomlyst underlag inför beslut om införande av ny teknologi eller avveckling av befintlig teknologi.

HTA har under senaste åren kommit mycket i fokus inom hälso- och sjukvården. Som ett uttryck för detta kan nämnas att sökordet HTA ger flera miljoner träffar på internet. Över världen finns i de flesta hälso- och sjukvårdssystem olika former av HTA-program. Internationella (INAHTA) och europeiska (EUnetHTA) nätverk stöder dessa program och skapar möjligheter till utbyte av erfarenheter och tillgång till resultat av genomförda utvärderingar ((www.inahta.org), (www.eunethta.net)).

En internationell sammanslutning (Society HTA International, (www.htai.org)) anordnar konferenser i ämnet och förutom många läroböcker finns även vetenskapliga tidskrifter, t.ex. International Journal of Technology Assessment in Health Care till stöd för kunskapsutveckling inom HTA. I Sverige är SBU den nationella myndigheten inom området. Där engageras personer med vetenskaplig kompetens från hela landet för genomgripande analyser av aktuella frågeställningar som publiceras i form av ”gula” rapporter. Man gör även mindre omfattande utredningar (Alert-rapporter). På regional nivå finns HTA-verksamheter i Stockholm, Västra Götaland, Örebro och Linköping.

Teknologiutveckling i kombination med ökande krav på resursoptimering är en viktig del i allt förbättringsarbete. Det kräver engagemang, insikt, kunskap och inte minst förmåga att på alla nivåer i en organisation gå från ord till handling.

Förbättringsarbete är en del av kunskapsområdet förbättringskunskap, som handlar om att utveckla kvalitet och genomföra förändringar som ger ett bättre resultat för patienterna, skapar bättre system och processer i vården och bidrar till professionell utveckling. Ett engagerat ledarskap är avgörande för att nå framgång med förbättringsarbetet. När det gäller ledarskapet

behövs stabilitet för att skapa styrka i förbättringsprocesser och underlätta konstruktiva relationer med såväl medarbetare som den politiska ledningen.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att bifalla motionen.

Yrkande

Avdelning Västra Götaland genom Marita Tenggren. Eftersom HTA är en förkortning av Health Technology Assessment, innebär det en utvärdering av metoder och tekniker inom hälso- och sjukvården. Det innebär att nya tekniker och omvårdnadsåtgärder skall utvärderas i förhållande till redan befintliga och välbeprövade metoder. När evidens föreligger skall gamla metoder fasas ut till förmån för nya och mer effektiva metoder.

Vi gör därför ett tilläggsyrkande

att genomföra en nationell kartläggning av HTA-verksamheter i Sverige.
att kartlägga våra olika professioners medverkan i denna verksamhet, samt direkta resultat som implementerats i vården utifrån våra yrkesgruppers kunskaper.

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla motionen.

Kongressen beslutade att genomföra en nationell kartläggning av HTA-verksamheter i Sverige.

Kongressen beslutade att kartlägga våra olika professioners medverkan i denna verksamhet, samt direkta resultat som implementerats i vården utifrån våra yrkesgruppers kunskaper.

17.2 Vårdförbundets idé om vårdens ledarskap

Ledarskapet i vården spelar en avgörande roll för att skapa en vård som utgår från individens och befolkningens behov och där hälsa och helhetssyn är målet. Ledarskapet ska integrera och balansera politikens, vårdtagarnas, närståendes och yrkesutövarnas önskemål för bästa möjliga resultat.

Ledarskapet har stor betydelse för hur kunskapen hos vårdens professioner kommer till bäst nytta och hur teamarbetet utvecklas. Chefer och ledare i vården behöver en bred kunskap om vårdens system och logistik för att kunna skapa effektiva flöden som leder till ett bra resultat för vårdtagaren och yrkesutövaren och som stödjer verksamhetens mål. Kunskap om organisation i förhållande till frågor om system och processer är viktigt för vårdens ledare. Att snabbt kunna förflytta sig mellan micro- och macroperspektiv är viktigt, likväl som att se och ta i anspråk att rollen riktar sig både inåt mot organisationen och utåt mot samhället.

Leda samhällsuppdraget

Alla människor har rätt att leva i ett samhälle som främjar hälsa och med tillgång till en god, säker och jämlik vård. En vård som vilar på en humanistisk människosyn och där vården är solidariskt finansierad, demokratiskt styrd och baseras på och prioriteras utifrån principerna om människovärde, behov och solidaritet samt kostnadseffektivitet.

Att arbeta med öppna prioriteringar och öppna jämförelser är viktigt för att erbjuda en säker och jämlik vård av god kvalitet. För att vara kostnadseffektiv och värdeskapande behöver vården både ”effectiveness”, det vill säga att göra rätt saker, och ”efficiency”, att göra saker rätt.

Vårdens uppdrag är också att vara en aktiv aktör i samhällets utveckling. Genom vårdens samlade breda kunskap och specifika kompetens ska vården främja hälsa och förebygga sjukdom. För att skapa bra förutsättningar för en god folkhälsa behövs dessutom samverkan med andra aktörer som ansvarar för andra gemensamma aspekter i samhället, till exempel samhällsplanering och miljö. Då kan man nå ett helhetsperspektiv i folkhälsoarbetet och både främja hälsa och förebygga sjukdom.

Vårdens ledarskap ska bidra till att vårdens samlade kunskap leder både till en förbättrad hälsa för individen och för en ökad folkhälsa.

Vårdens ledarskap ska integrera och balansera politikernas, vårdtagarnas, närståendes och yrkesutövarnas önskemål.

Leda vård

Hälsa är inte bara frånvaro av sjukdom utan omfattar såväl fysiskt, psykiskt, andligt som socialt välbefinnande. Alla har rätt till hälsa även vid sjukdom. En del av det unika i vården och det enskilda vårdmötet är att ohälsa gör människor särskilt utsatta. Vårdtagare blir beroende av andras kunskaper och exponerade för vårdpersonalens förhållningssätt, värdegrund och människosyn. Vårdmiljöns regler och rutiner kan upplevas som intrång i den personliga sfären och ohälsan kan också påverka den egna förmågan att fatta beslut.

Valet av ett yrke inom vården grundar sig oftast på en önskan att hjälpa och att göra gott för mänskligheten. Denna önskan måste balanseras i förhållande till vårdtagarens önskan, integritet och självbestämmande.

Att vården är säker och inte medför skada eller lidande är ett grundläggande krav. Det är en tillitsfråga för befolkningen. Vården har en hög risknivå och därför måste säkerheten vara en del av vardagsarbetet på arbetsplatsen och i verksamheten som helhet.

Förbättringskunskap är ett viktigt kunskapsområde för vårdens ledare. Det handlar om att utveckla kvalitet och genomföra förändringar som ger ett bättre resultat för patienterna, skapar bättre system och processer i vården, bidrar till professionell utveckling och ett hälsosamt yrkesliv. Ett engagerat och stabilt ledarskap är avgörande för att nå framgång med förbättringsarbetet.

Att mäta kvalitet och resultat är nödvändigt för att kunna driva ett aktivt och offensivt kvalitetsarbete som grund för ständiga förbättringar.

Vården är ett system av många olika aktörer. Vårdtagarna rör sig genom vården över gränser, mellan professioner, enheter och specialiteter beroende på vårdbehov. För att underlätta för individen är det viktigt att skapa en sammanhållen vård.

Vårdens ledarskap ska bygga på en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn och den egna yrkesetiken.

Vårdens ledarskap ska bygga på en holistisk hälsosyn.

Vårdens ledarskap måste skapa förutsättningar för och stödja vårdtagarens makt, autonomi och bevarande av integritet.

Vårdens ledarskap ska använda kunskap, kompetens och etik som styrmedel.

Vårdens ledarskap måste ansvara för att se helheter och säkra en sammanhållen vård.

Vårdens ledarskap ska bidra till att skapa en öppen kultur som tillåter samtal och diskussioner om fel och misstag i arbetet och ett strategiskt och proaktivt säkerhetsarbete.

Leda auktoriteter

Vårdtagaren är en auktoritet i vården utifrån kunskapen om sig själv. Vårdtagarens egen berättelse och aktiva medverkan är grundläggande förutsättningar för vården. För att en samsyn och ett samspel skall bli verklighet i vårdmötet behöver vårdtagarens auktoritet vara självklar.

I vården arbetar flera professioner som också har en ställning som auktoriteter med ett viktigt samhällsuppdrag och eget yrkesansvar. Med allt fler kunskapsområden och ökad specialisering inom flera olika yrken blir det allt svårare att överblicka helheten av vilken kunskap som just den här vårdtagaren behöver. Ledarskapet spelar en viktig roll för att hålla ihop system och process så att rätt kompetens når fram till varje vårdtagare – direkt eller indirekt. Vårdens ledarskap ska göra det enklare för var och en av vårdens yrkesutövare att se sin egen insats som en del av en helhet.

Vårdens ledarskap ska vara meningsskapande relationsbyggande, involverande och responderande.

Vårdens ledarskap ska fokusera på möjligheter genom att stödja vårdtagarens makt över sin situation.

Vårdens ledarskap måste stödja yrkesutövarnas engagemang, reflektion och utveckling.

Vårdens ledarskap ska präglas av respekt för kunskap och de auktoriteter som såväl vårdtagare som yrkesutövare utgör.

Förslag till beslut

Att godkänna förslaget Vårdförbundets idé om vårdens ledarskap.

Yrkande

Sid 2:

Ombud 149. Sista kursiva meningen på sidan, ny lydelse: Vårdens ledarskap ska bidra till att skapa en öppen kultur där kvalitetssäkring och utvärdering om fel och misstag i arbetet leder till ett strategiskt och proaktivt säkerhetsarbete.

Ombud 148. Sista kursiva stycket Ändras till :Vårdens ledarskap ska bidra till att skapa en öppen kultur där kvalitetssäkring och utvärdering samt om fel och misstag i arbetet leder till ett strategiskt och proaktivt säkerhetsarbete.

Beslut

Kongressen beslutade att avslå yrkandena från ombud 149 och 148.

Kongressen beslutade att förbundsstyrelsen får i uppdrag att göra språkliga/redaktionella ändringar i alla politiska dokument. Arbetet görs av en grupp bestående en representant från förbundsstyrelsen och kommunikationsgruppen samt en avdelningsordförande.

Kongressen beslutade att godkänna förslaget Vårdförbundets idé om vårdens ledarskap med gjorda ändringar

17.3 Strategi inför 2014 med perspektivet vårdens ledarskap

Dialog

Ombuden diskuterade vid borden. Resultatet sammanställs av analysgruppen som underlag inför det fortsatta arbetet. Se Bilaga 3.

18.1 Värderingsförändring och lönebildning

Idé/förslag/motion

1. Vårdförbundet skall verka för jämställdhet mellan kvinnor och män i samhället

Motionär: Maud Davidsson, avdelning Västra Götaland

Fortfarande tjänar kvinnor ca 70 % av vad män med samma yrken tjänar. Ta som ex läkarna. Ju fler kvinnliga läkare desto mer sjunker lönerna. Kvinnor får fortfarande äldre och billigare läkemedel, medan männen får de dyrare och nyare läkemedlen. Är du man har du större chans att få en arbetsskada klassad som just arbetsskada än om du är kvinna.

Tyvärr har inte mycket hänt sedan 70-talet, fastän många tror att vi är så jämlika i Sverige.

Fakta/Bakgrund

Det övergripande målet för lönearbetet är en varaktig värderingsförändring av Vårdförbundets yrkesgrupper. Värderingsförändringen gäller alla yrkesgrupper och berör alla arbetsgivare där medlemmar är yrkesverksamma. Yrken som domineras av kvinnor värderas lägre när det gäller lön än yrken som domineras av män. Eftersom kvinnor oftast arbetar i den offentliga sektorn och män i den privata kan detta inte lösas inom den egna sektorn. Det krävs en lönerelationsförändring som accepteras i hela samhället. Den förutsätter långsiktighet utan kompensationskrav från andra och en vilja till värderingsförändring hos arbetsgivaren.

Jämställdhetsarbetet kräver både kunskap och en långsiktighet i arbetet. Det handlar om att varje individ reflekterar över sitt eget handlande. Parterna, Sveriges kommuner och landsting och Pacta tillsammans med Svenska Kommunalarbetsförbundet samt Förbundsområde Allmän kommunal verksamhet enades i avtal, HÖK 10, att inrätta ett jämställdhetsråd. Parterna var också överens om att bjuda in övriga parter inom avtalsområdet. I stadgan återfinns följande: ”Parterna är överens om att inrätta ett jämställdhetsråd, rådets syfte är att ur ett jämställdhetsperspektiv följa utvecklingen avseende löner och anställningsvillkor och föreslå aktiva åtgärder i syfte att uppnå ett mera jämställt arbetsliv”. ”Arbets- och anställningsvillkor inom kommuner och regioner ska leda till attraktiva och jämställda arbeten där verksamheten är effektiv och av god kvalitet”.

Vårdförbundet är nu medlem i Jämställdhetsrådet som hade sitt första möte i december 2010.

Jämställdhetsarbetet kräver en långsiktighet och är en del i arbetet med säker vård. Arbetet med jämställdhet bedrivs i verksamheten ute i kommuner och landsting/företag. Det är i vardagen som jämställdhet skapas eller ojämställdheten vidmakthålls. Arbetet handlar om att möta medborgarna/vårdtagarna och skapa en medvetenhet kring hur och på vilket sätt resurserna fördelas mellan män och kvinnor, flickor och pojkar. Inom Sveriges kommuner och landsting har regeringen tillskapat resurser för att arbeta med att skapa hållbar jämställdhet, arbete pågår fram till 2013.

SKL har utsett området Jämlik hälso- och sjukvård till ett av sina prioriterade områden. Vårdförbundet ingår i en arbetsgrupp, tillsammans med flera andra organisationer, för att tillsammans skapa en plattform för det fortsatta arbetet. Fokus på detta arbete ska vara socioekonomisk och etnisk ojämlikhet, med kön som en självklar bottenplatta

**Förbundsstyrelsens förslag till beslut
Att anse motionen besvarad.**

Beslut

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

2. Löneläget för Vårdförbundets medlemmar

Motionär: Ulla Althin, avdelningsordförande Stockholm

Avdelning Stockholm har arbetat aktivt med lön en längre tid och kan konstatera att löneläget för Vårdförbundets medlemmar inte har utvecklats utifrån den kunskap och kompetens som medlemmarna tillför hälso- och sjukvården. Medlemmars kunskap värderas inte av arbetsgivarna, den lokala lönebildningen fungerar oftast dåligt och resultatet har blivit en dålig löneutveckling.

Avdelning Stockholms Representantskap yrkar att Vårdförbundet ska arbeta aktivt för att Vårdförbundets yrkesgrupper ska ha ett löneläge som motsvarar kunskap och kompetens, samt ha en löneutveckling under sitt yrkesverksamma liv.

Fakta/Bakgrund

Det övergripande målet för lönearbete är att åstadkomma en varaktig värderingsförändring av Vårdförbundets yrkesgrupper. Ett av sätten att åstadkomma detta är att utveckla den lokala lönebildningen. Resultat skapas på arbetsplatsen genom att yrkesutövarnas kunskap och bidrag till verksamheten syns och värderas. En framgångsrik lokal lönebildning kräver ett tydligt ledarskap som kan formulera begripliga mål för verksamheten. Målen ska vara kopplade till den kunskap som behövs för att nå dem. För att nå detta behövs en tydligare koppling mellan budget- och verksamhetsplanering och lönebildningen. Alla chefsnivåer och framför allt första linjens chef måste få inflytande i budgetarbetet. För att utveckla arbetet med den lokala lönebildningen ska Vårdförbundet påverka arbetsgivarna på alla nivåer både nationellt och lokalt

**Förbundsstyrelsens förslag till beslut
Att anse motionen besvarad.**

Beslut

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

3. Stora brister i AID-systemet för Vårdförbundets medlemmar

Motionärer: Marita Tenggren, Martin Håland, Marianne Lindfors och Monica Hammarstrand, avdelning Västra Götaland.

År 2002 inhandlade VGR (Västra Götalandsregionen) arbetsvärderingsinstrumentet BAS (Befattnings- och arbetsvärderingssystem) för att kunna värdera olika yrken inom regionen (ca 49.000 anställda). Vårdförbundet framförde redan då att man såg en tydlig koppling till lön, men Arbetsgivaren hävdade att så inte var fallet. Numera är vi överens om att BAS har en tydlig koppling till VGR:s lönebildning, utifrån arbetet med jämställda löner.

2008-01-01 infördes det nationella klassificeringssystemet AID (Arbetsidentifikation) som har visat sig inte vara kompatibelt med BAS avseende kodnummer. Vårdförbundet har uppmärksammat Arbetsgivaren på detta och arbetet pågår lokalt i denna fråga. När det gäller AID:s brister vid den praktiska tillämpningen blir frågan nationell. Då vi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset försökt att hitta alla våra specialistutbildade medlemmar, så har det visat sig vara omöjligt. Vid en genomgång på VGR-nivå tog man ett exempel från läkarkårens klassificeringssystem "Etikett" Överläkare, vilket inte redogör för vilken specialitet läkaren har. Efter Etikett-koden hängde man på kompetensboxar dvs den specialitet läkaren innehar.

När motsvarande redogörelse skulle göras för våra yrkesgrupper var det systemet inte likvärdigt, arbetsgivaren hänvisade till att Vårdförbundet nationellt inte hade förhandlat fram det i överenskommelse med Sveriges kommuner och Landsting. Vi kontrollerade med dåvarande förhandlingschef Margareta Öberg som bekräftade att vår arbetsgivare gett en korrekt bild. Hon hävdade att vi skulle kunna förhandla fram ett mer detaljerat AID-system lokalt, vilket visat sig vara omöjligt.

Vi har som förbund välkomnat AID-systemet men tyvärr tvingats konstatera att VF-medlemmar inte riktigt passar in i det befintliga systemet. Där saknas exempelvis möjligheten att definiera specialistutbildade i Medicin och Kirurgi, tillsammans med många fler. Uppenbarligen har bl.a. Läkarföreningen lyckats bättre än VF i sina förhandlingar med Sveriges Kommuner och Landsting. "Etikett" Specialist-sjuksköterska och "Etikett" Special-Biomedicinsk analytiker eller funktionsutbildad Biomedicinsk analytiker skulle kunna vara exempel på nya koder i systemet, att jämföras med "Etikett" Överläkare som en samlingsetikett vilken kan innehålla många olika specialiteter. Vi vet ju av erfarenhet att det kan vara svårt att få in många nya koder och en "samlingsetikett" kan ju ge en möjlighet att definiera fler specialistfunktioner i en framtid.

Därför yrkar vi att: Vårdförbundet begär förhandling med SKL för att komplettera nuvarande AID-system så att medlemmars specialistkompetens redovisas på ett adekvat sätt i den partsgemensamma statistiken.

Fakta/Bakgrund

Arbetsidentifikation kommuner och landsting (AID) är ett system för gruppering av arbetsuppgifter. AID är avsedd för att kunna analysera lönebildningen på central och lokal nivå samt att ge underlag för viss planering. AID utgör grunden för den partsgemensamma lönestatistiken, vars främsta syfte är att förse parterna med ett gemensamt underlag till centrala och lokala förhandlingar. Syftet är inte att AID ska användas som instrument för systematisk arbetsvärdering. Systemet AID används som indelningsgrund för anställda hos medlemmar i Sveriges Kommuner och Landsting och Pacta.

AID ersätter klassificeringssystemen Befattningssystem kommuner (BSK) och Befattningsklassificering för landsting. I protokollet till avtalet i § 4 står det att parterna fortlöpande ska bevaka att kvaliteten i AID upprätthålls och vid behov besluta om lämpliga insatser.

Det finns behov av att utveckla AID. Vårdförbundet har identifierat ett antal olika förbättringsbehov för att göra AID så bra att det beskriver hur våra yrken tydligt kan avspeglas i den partsgemensamma statistiken.

Avtalet är tecknat tillsammans med alla förbundsområden inom OFR, Kommunal och Akademikeralliansen. Förändringar av avtalet är en gemensam uppgift och det sker inom ramen för samarbetet mellan dessa organisationer.

Det finns en arbetsgrupp inrättad för att fortlöpande bevaka att kvaliteten i AID upprätthålls. Vårdförbundet har uppmärksammat att det finns förbättringsbehov och har framfört detta till den inrättade arbetsgruppen.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att anse motionen besvarad.

Yrkande

Ombud 182 avd. Västra Götaland anser inte att motion 3 är besvarad ok. AID systemet som i dagsläget är framförhandlat av Vårdförbundet nationellt ger oss mycket begränsade möjligheter att göra lönestatistik utifrån specialistkunskap. Ettikettkoderna i AID systemet utgår endast från socialstyrelsens lista på specialistutb. och innehåller därför ingen utvecklingspotential.

Vi yrkar därför på omförhandling av AID systemet för Vårdförbundets medlemmar.
Vi yrkar på en redovisning som man hänvisar till i förbundsstyrelsen.

Beslut

Kongressen beslutade att avslå yrkandet från ombud 182 avseende omförhandling.

Kongressen beslutade att bifalla yrkandet från ombud 182 avseende redovisning.

Kongressen beslutade att i övrigt anse motionen besvarad.

4. Lokalt lönearbete?

Motionär: Marie Westerlund, avdelning Gävleborg

Vi vill att det på central nivå ska styras upp så att lönesättning och lönenivåerna blir tydligare. Den så kallade lokala "potten" är för liten för att få en vettig löneutveckling.

Fakta/Bakgrund

Den vanligaste formen av löneavtal för tjänstemän på svensk arbetsmarknad är avtalskonstruktioner med centralt garanterad nivå, det kallas ibland för avtal med stupstock. Syftet med avtalen är att den lokala arbetsgivaren har möjlighet att påverka nivån på löneökningarna utifrån det behov som finns för att stimulera medarbetare att utvecklas och bidra med goda resultat som leder till effektivare och bättre verksamhet. Detta kallas lokal lönebildning.

Lönesättningen sker på arbetsplatsen i dialog mellan chef och medarbetare. Det är på alla beslutandenivåer hos respektive arbetsgivare som påverkan ska ske för att värderingen av medlemmarna ska öka och leda till ett högre utfall.

Den nivå som de centrala avtalen innehåller utgår från det som kallas ”märket”. ”Märket” är den nivå som förhandlas fram mellan parterna på den konkurrensutsatta industrisektorn. Detta märke är det som blir vägledande för alla avtal som tecknas på den svenska arbetsmarknaden. I Medlingsinstitutets årsrapport 2010 konstateras det att det har skett en förskjutning mot ett större inslag av lokal lönebildning i de avtal som har tecknats.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att anse motionen besvarad.

Beslut

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

5. Löneförhandlingar inte förhandlas lokalt

Motionär: Medlemmar genom Gitte Larsson och Karin Jonsson fackliga företrädare IVA, NUS, avdelning Västerbotten

Vi vill att Vårdförbundet i Löneförhandlingarna inte lämnar över till att förhandla lokalt. Detta på grund av att Västerbottens Landsting uppenbart inte ser de centrala avtalen som en lägsta lön utan som ett tak.

Fakta/Bakgrund

I stort sett hela arbetsmarknaden tillämpar lokal lönebildning. Med det menas (inom näringslivet) att lönesättningen knyts samman med företagets affärsverksamhet och den totala löneökningen och lönesättningsprinciper bestäms i företaget utifrån konkurrenssituation, ekonomiska förutsättningar och medarbetarnas prestationer.

Inom kommuner och landsting är lokal lönebildningen ett viktigt inslag i det kommunala självbestämmandet. Förutsättningar för verksamhet och ekonomi ser olika ut i olika kommuner och landsting. Det skapar förutsättningar för den lokala lönebildningen. Varje kommun och landsting ges möjlighet att bestämma lönerna i sina verksamheter utifrån sina unika villkor och varje medarbetares bidrag till verksamheten.

Det kommunala självbestämmande innebär därmed att den centrala arbetsgivarnivån har begränsade befogenheter som avtalsslutande part.

Vårdförbundets kongress har fastställt Vårdförbundets lönepolitik och nationella mål för lönearbetet. Lönebildningen är en del av företagets/regionernas/landstingens/kommunernas eller myndigheternas planering. Det konkreta resultatet av individernas kunskap i vårdmötet ska synas och mätas för att kunna lönesättas. Medlemmarna måste därför vara involverade i och ha inflytande över verksamhet, mål kvalitet och resultat på arbetsplatsen. Medlemmarnas kunskap och erfarenhet ska vara grund för en ökad lönespridning och ge en löneutveckling under hela yrkeslivet.

Lönebildningen är en del av samverkan på arbetsplatsen.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå motionen.

Beslut

Kongressen beslutade att avslå motionen.

6. Förtroendevaldas villkor

Motionärer: Dennis Svensson, Helsingborgs lasarett, Tord Rausner, Primärvården Skåne, Agneta Gustafsson, Ängelholms sjukhus, Cecilia Kadanik, Helsingborgs lasarett
Många förtroendevalda uppger att arbetsgivaren inte vill diskutera deras fackliga uppdrag på utvecklings- eller lönesamtalet. Det är arbetsgivare som ger löneutveckling för medarbetare som arbetar aktivt med andra funktioner på arbetsplatsen som smärtombud, HLR-utbildare också vidare, men som inte ser (eller inte vill se) vinsten av det fackliga engagemanget. Aktivt fackligt arbete ska lönemeras likvärdigt som annat arbete som tillför en verksamhetsutveckling.

Det skulle stärka alla våra duktiga förtroendevalda om detta fördes in i det centrala avtalet och göra förtroendeuppdraget mer attraktivt. Försök har gjorts lokalt men misslyckats. Både vi som förbund och arbetsgivaren, men framför allt verksamheterna tjänar på aktiva och engagerade lokala förtroendevalda. Många förtroendevalda på arbetsplatserna uppger att de inte bereds tid för att hinna med sitt fackliga uppdrag på arbetstid. Om de tillfälligt får lämna sina arbetsuppgifter, ersätts de ofta inte, utan deras kollegor får arbeta för dem med. Detta gör att de upplever sitt uppdrag till en belastning och svårt att fullfölja.

Vi yrkar därför:

ATT Vårdförbundet genom förbundsstyrelsen arbetar för att få in i centralt löneavtal att aktivt och engagerat förtroendevalds arbete ska lönemeras likvärdigt som andra uppdrag som tillför en verksamhetsutveckling.

ATT Vårdförbundet genom förbundsstyrelsen arbetar för att de förtroendevalda på arbetsplatserna ska ses som ett positivt bidrag till verksamheten, samt behöver tid för uppdraget och därför ska få den tid de behöver för att bedriva ett aktivt fackligt arbete.

Fakta/Bakgrund

I lagen om facklig förtroendemans ställning på arbetsplatsen samt avtal om facklig förtroendeman/AFF, regleras villkoren för den som är vald som facklig förtroendeman att företräda arbetstagarorganisationen.

I förtroendemanna lagen regleras också tid som arbetstagarorganisationen kan använda för de förtroendemän som har behov av fortlöpande ledighet för att utföra sitt uppdrag. Den lokala fackliga organisationen kan även ta upp överläggning om behov av ledighet som är av annan omfattning. Vårdförbundets avdelning är lokal part.

Arbetsplatsen är utgångspunkten för medarbetarnas inflytande och för att kunna påverka frågor som rör verksamhetens utveckling, kvalitet, den egna hälsan och att vården är säker. Den som är förtroendevald på arbetsplatsen har en viktig roll med sina fördjupade kunskaper i olika frågor och kan föra dialog med kollegor om det som rör verksamheten. I rollen ingår även att möta den egna chefen på arbetsplatsen och då som den fackliga organisationens företrädare. Det handlar om att i samverkan bidra till lösningar i olika verksamhetsnära frågor.

Det innebär även att delta i kvalitets- och utvecklingsarbeten, planerings och beslutsprocessen och att följa upp verksamheten tillsammans med chefen för arbetsplatsen.

Det som ingår i lönesamtalet för den som är förtroendevald handlar därför också om måluppfyllelse, resultat och bidrag till verksamheten på arbetsplatsen.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå motionen.

Yrkande

Ombud 83. Bifall attsats 1 motion 6.

Ombud 149. Yrkar på bifall till att-satts 2.

Ombud 152. Att-sats 2: Ändringsyrkande: Att Vårdförbundet genom förbundsstyrelsen arbetar för att de förtroendevalda tillika skyddsombud ses som en tillgång för verksamheten och därför ska få den tid som uppdraget kräver. Yrkar därefter bifall till att-sats 2

Ombud 150, och 095: Yrkar på att bifalla Förtroendevaldas villkor

Beslut

Kongressen beslutade att avslå samtliga yrkanden.

Kongressen beslutade att avslå motionen.

7. Förslag på vad VF ska arbeta med nästa år.

Motionär: Cornelia Ross, avdelning Östergötland
Löner. Arbetstider, Bättre ersättning vid nattjänstgöring, Patientsäkerhet. Etiska aspekter på dagens vård. Forum för vårdpersonal(på golvet) och politiker att träffas. (medlem i VF)
När skall kunniga patientvänliga sjuksköterskor som vill jobba med patienter nånsin bli en prioriterad grupp? Jämfört med en nyutbildad har jag en löneutveckling på ca 3-5000 efter snart 40 år i yrket. Mycket upprörande. (medlem i VF)

Fakta/Bakgrund

För att nå målet att yrket värderas högre och att individen värderas utifrån sin kunskap och sitt bidrag i vården krävs insatser från varje medlem i organisationen. Att utveckla verksamheten och kunskapen och att visa sitt värde är en del av vår lönepolitik. Detta är också grunden i de gemensamma avtalen med arbetsgivarorganisationerna. Avtalen bygger på lokal lönebildning och innebär att medarbetarens insatser värderas i dialog med närmaste chef.

Kunskap, kompetens, och resultat ska värderas och lönesättas. Lokal lönebildning ska möjliggöra goda arbetsvillkor och förutsätter en arbetsorganisation som ger utrymme att använda och förbättra såväl kunskap som kunskapsområdet. Medlemmarnas auktoritet och yrkesutveckling är kopplad till verksamhetens behov. Centrala löneavtal är ett instrument för att den lokala verksamheten ska uppnå den vård alla har rätt till och att kunna värdera yrkena och resultatet av medlemmarnas insatser. Den lokala verksamheten använder avtalet för att skapa de resurser som krävs. Den värderingsförändring som Vårdförbundet vill nå innebär arbete på kort och lång sikt. För att nå dit krävs acceptans från omvärlden, en vilja från varje arbetsgivare och långsiktighet. Annars kommer alla löneökningar att innebära kompensationskrav från andra.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att anse motionen besvarad.

Yrkande

Ombud 100. Frågan är mer komplicerad och kräver att VF jobbar med detta

Beslut

Kongressen beslutade att avslå yrkandet från ombud 100.

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

18.2 Vårdförbundets lönepolitiska idé

Det övergripande målet för lönearbetet är en varaktig värderingsförändring av Vårdförbundets yrkesgrupper. Lönen ska spegla värderingen av våra yrken.

Förhållandet mellan yrke – värde – lön är utgångspunkten i samtliga avtal om lön och anställningsvillkor som Vårdförbundet sluter med vårdens arbetsgivare. Det är i yrket kunskapen finns som ska värderas och lönesättas. Lönearbetet är ständigt pågående och alla våra olika aktiviteter påverkar synen på yrket, därmed värderingen och slutligen lönesättningen.

Yrke

Sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor har legitimation, egna koder och egna kunskapsområden. Akademien och vården är tillsammans

basen för kunskapens och yrkenas utveckling. Yrkesutövarna driver med sin kunskap yrkesetiska vårdens utveckling. Det ska avspeglas i lönesättningen.

Kunskap och erfarenhet

Vården är en kunskapsorganisation som förenar teori, klinik och erfarenhet. De fyra professionerna i Vårdförbundet förvaltar och utvecklar sina kunskapsområden själva och i samverkan med andra yrken och deras kunskapsområden. Forskning och utveckling är avgörande för en säker vård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vårdförbundets uppgift är att arbeta för att alla inom våra fyra yrken ska ha goda förutsättningar att utveckla kunskap, använda den fullt ut, kunna göra karriär under yrkeslivet och lönesättas för det.

Varje individs bidrag till verksamheten i form av kunskap och erfarenhet ska avspeglas i lönesättningen.

Specialistkunskap

Vårdens arbetsgivare har ansvar för verksamhetens kunskapsförsörjning. Det måste ske en kontinuerlig inventering och bedömning av vilken kunskap som finns och vad som behöver tillföras och utvecklas för att kunna erbjuda den allra bästa vården. Det gäller inte minst specialistkunskaper inom våra yrken.

Vårdens organisation ska erbjuda specialistutbildning, med en tydlig koppling till universitet och högskola, inom ramen för anställningen.

Specialistkunskaper ska avspeglas i lönesättningen, och därmed stimulera varje individ till att utveckla sin specialistkunskap.

Specialistkunskaper ska avspeglas i lönesättningen.

Arbetsorganisation

Arbetsorganisationen byggs med medarbetare från de yrken vars kunskapsområden krävs för god vård. Utifrån kunskapsbehoven finns det medarbetare inom samma yrke med såväl grund- som specialistutbildning. Ansvar och befogenheter för varje medarbetare ska följa av individens kunskap med ambitionen att rätt kunskap ska finnas tillgänglig vid rätt tidpunkt utifrån vårdtagarens behov.

Efter utförd specialistutbildning ska anställning erbjudas som har ett tydligt och uttalat ansvar inom specialistområdet.

Det ska finnas anställningar för specialistutbildade med tydligt ansvar inom specialistområdet.

Värde

Värderingen av våra yrken avspeglas i lönesättningen. Idag finns i samhället en strukturell lönediskriminering av kvinnor som bygger på att traditionellt kvinnliga kunskapsområden samt kvinnors arbete värderas lägre än mäns. Den snedfördelningen måste förändras.

Lönebildningen i samhället

Yrken som domineras av kvinnor värderas lägre när det gäller lön än yrken som domineras av män. Eftersom kvinnor ofta arbetar i den offentliga sektorn och män i den privata kan detta inte lösas inom den egna sektorn. Det krävs en lönerelations-

förändring som accepteras i hela samhället. Den förutsätter långsiktighet utan kompensationskrav från andra och en vilja till värderingsförändring hos arbetsgivaren.

Välfärdssektorn bidrar till tillväxt och god ekonomi i Sverige. Vårdförbundet kräver lika värdering av utbildning oavsett kön/sector. Den svenska modellen för lönebildning med exportsektorn som lönenormerande måste därför förändras. Principerna för resursfördelning måste utmanas för att skapa utrymme för en värderingsförändring av traditionellt kvinnlig kunskap.

Akademiskt utbildade kvinnors och mäns kunskap ska värderas lika oavsett sektor.

Påverkan på alla arenor

Värderingsförändringen gäller alla yrkesgrupper i Vårdförbundet och berör alla arbetsgivare där medlemmar är yrkesverksamma. Värdet visas bland annat genom tydliga beskrivningar av yrkena, kunskapsområdena och det specifika bidraget i vården och till vårdens resultat.

Vårdförbundet medverkar till vårdens utveckling genom att påverka system och organisation både generellt i samhället, inom utbildning och forskning och i vården. Det sker bland annat genom att teckna avtal som ger goda förutsättningar för löneutveckling för medlemmar i sin yrkesutövning och som värderar arbete med verksamhetens utveckling.

Det kommer alltid att finnas en intressekonflikt mellan arbetsgivare och arbetstagare om lönebildningen och lönekostnadsutvecklingen. Att arbetet uppskattas av patienter, allmänhet och politiker innebär inte med automatik att detta syns på lönen. Därför krävs det ett medvetet och systematiskt arbete från medlemmar, förtroendevalda och medarbetare i Vårdförbundet för att värderingsförändringen ska bli verklig och medlemmarna i Vårdförbundet får tillgång till ett större ekonomiskt utrymme för lön och andra villkor i arbetet.

Vårt arbete med lönefrågan är ett målmedvetet arbete som pågår under årets alla dagar. Allt ifrån arbetet med utvecklingen av vår kunskap, våra yrken och vårdens organisation och system, hur vi använder tillgång och efterfrågan, att medlemmar får råd vid nyanställning och nya arbetsuppgifter, hur vi stödjer studenter när de börjar sitt yrkesliv till opinionsarbete och förhandlingar. Vi ska agera på alla arenor där vi kan påverka värderingsförändringen.

Vårt arbete med lönefrågan är ett målmedvetet arbete som pågår under årets alla dagar.

Kvalitet och resultat

Genom systematisk uppföljning av genomförd vård kan vi följa resultaten av den kunskap som används i vården. Sverige har ett unikt läge med ett stort antal kvalitetsregister som kan användas för att mäta och värdera vården och för mer öppna jämförelser. Det innebär att möjligheten till styrning mot kvalitet, säkerhet och kostnadseffektivitet ökar.

Att behålla och utveckla hälsa är grunden för vårdens samhällsuppdrag. De hälsoekonomiska vinsterna måste därför också mätas och redovisas, inte bara enstaka händelser kopplat till en vårdgivare.

Dagens kvalitetsregister speglar inte vårdens alla kunskapsområden vilket hindrar en allsidig uppföljning och redovisning av resultat. Det är viktigt att Vårdförbundet driver frågan att uppföljning ska omfatta alla kunskapsområden och att olika insatser ska kunna spåras. Genom

att visa yrkesgruppernas bidrag till vårdens resultat skapas en bättre grund för resursfördelning, vilket ger större utrymme för medlemmarna.

Systematiska utvärderingar som är tvärvetenskapliga visar vårdens resultat. De ska användas som stöd för resursfördelningen och en värderingsförändring för medlemmar i Vårdförbundet.

Lön

Vårdförbundet vill att lönen ska bestämmas så nära varje individ som möjligt. Vi vill ha en aktiv lokal lönebildning, där lönesättningen är integrerad i verksamhetsplaneringen och speglar varje medlems kunskap och de konkreta resultat som den kunskapen leder till.

Lokal lönebildning

Lönebildningen är en del av arbetsgivarens planering. Den del av verksamheten som yrkesgrupperna i Vårdförbundet ansvarar för är idag bristfälligt beskriven både i planeringen och i budgetarbetet. Yrkenas kunskap ska värderas och det konkreta resultatet av individens kunskap i vårdmötet ska synas och mätas för att kunna lönesättas.

Medlemmar i Vårdförbundet måste vara involverade i och ha inflytande över verksamhetens mål, innehåll, kvalitet och resultat. Genom ständig dialog påverkar vi det som styr lönesättningen och det som värderas. De kriterier för lönesättning som väljs påverkar yrkenas värdering.

En fungerande lokal lönebildning omfattar analyser av befolkningsutveckling, behov av vård, skatteunderlag och det ekonomiska läget liksom verksamhetens innehåll och utvecklingsbehov samt prioriteringar. Arbetsgivarens lönepolitik är en grund för lönevärderingen och måste därför vara väl känd och en naturlig del i samverkansdialogen på arbetsplatsen.

För att uppnå en värderingsförändring ska medlemmarna i Vårdförbundet ha ett högre löneutfall än andra grupper. Medlemmars kunskap, erfarenhet, ansvar och befogenheter ska vara grund för en ökad lönespridning och ge en god löneutveckling under hela yrkeslivet.

Lönen ska vara individuell och differentierad och baseras på individens kunskap, kompetens, erfarenhet och resultat.

Lönebildningen ska vara en naturlig del av samverkan hos arbetsgivaren och på arbetsplatsen.

Specialistkunskap och tydliga nivåskillnader

Specialistkunskap måste tydliggöras som en del av lönebildningen på arbetsplatsen och en struktur för tydliga nivåskillnader behöver skapas. Därmed stimuleras medarbetarna till att använda och utveckla ny kunskap och arbetsgivaren säkrar verksamhetens behov av rätt kunskap för en god och säker vård.

Tillgång och efterfrågan påverkar lönesättningen. En ökad rörlighet inom våra yrken på arbetsmarknaden har betydelse för lönen och löneutvecklingen i branschen. Samhällets och olika arbetsgivares efterfrågan av yrkesgruppernas kunskap påverkar värdet och medverkar till att höja löneläget. Vårdförbundets kunskap om arbetsmarknadsläget lokalt och regionalt är tillsammans med en aktiv lönerådgivning viktiga förutsättningar för framgång.

Ny kunskap, förbättring och effektivisering ska leda till ökat löneutrymme för medlemmar i Vårdförbundet.

Våra yrkesgrupper ska vara rörliga på arbetsmarknaden och begära lön efter kunskap och kompetens.

Förslag till beslut

Att godkänna förslaget Vårdförbundets lönepolitiska idé.

Yrkande

Sid 1:

Ombud 99. Yrkar att förbundsstyrelsen från i uppdrag att se över användandet av orden profession respektive yrke i dokumentet

Ombud 84. Under specialistkunskap, stycke 2 erbjuda specialistutbildning för alla Vårdförbundets medlemsgrupper.

Ombud 100. 18:2 tillägg till kursiverade tex specialistkunskap : det ska finnas anställning till specialist utbildade med tydlig ansvar inom specialistområde. Det händer ofta att man går VUB under anställning men sedan ändras inte anställningen

Sid 2:

Ombud 148. Lägga till specialistkunskap efter specialistutbildning.

Ombud 87. Yrkar på förändring på sid 2, tredje stycket. Lägga till " och de med specialistkunskap" efter ordet "specialistutbildade.

Ombud 92. I stycke arb.org: Lägga till de med specialistkunskap efter specialistutbildade både i texten och i den kursiva meningen.

Ombud 88. Yrkar på att under rubriken arbetsorganisation första stycket tredje raden efter specialistutbildning lägga till/specialistkunskap.

Ombud 108. Första kursiva meningen Yrkar vi att det ska lägga till att det även ska gälla specialistkunskap.

Ombud 76. Yrkande: Det skall finnas anställningar för specialist kunskap/specialistutbildade med tydligt ansvar inom specialistområdet.

Sid 3:

Ombud 99. Första kursiva meningen ändras till: Vårdförbundets arbete med lön är ett målmedvetet arbete som pågår under årets alla dagar

Ombud 152. Tilläggsyrkande efter första stycket under Lön: Med lokal lönebildning medföljer möjligheter och mandat till att vidta lokala åtgärder.

Sid 4:

Ombud 149. Första stycket, sista meningen, ny lydelse: De kriterier för lönesättning som används ska vara yrkesspecifika och konkreta som ett värdefullt värderingsinstrument av kunskap, kompetens och erfarenhet.

Ombud 107. Andra kursiva stycket byta ut ordet samverkan till "naturlig del av verksamheten hos arbetsgivaren"

Ombud 149. Andra stycket, första meningen, tilläggsyrkande: En fungerande lokal lönebildning BYGGER PÅ omfattande analyser av samt prioriteringar, GJORDA I SAMVERKAN MELLAN VÅRDFÖRBUNDET OCH ARBETSGIVARE.

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla yrkande från ombud 99.

Kongressen beslutade att avslå övriga yrkande.

Kongressen beslutade att förbundsstyrelsen får i uppdrag att göra språkliga/redaktionella ändringar i alla politiska dokument. Arbetet görs av en grupp bestående en representant från förbundsstyrelsen och kommunikationsgruppen samt en avdelningsordförande.

Kongressen beslutade att godkänna förslaget Vårdförbundets lönepolitiska idé med gjorda ändringar.

18.3 Strategi inför 2014 med perspektivet värderingsförändring och lön

Dialog

Ombuden diskuterade vid borden. Resultatet sammanställs av analysgruppen som underlag inför det fortsatta arbetet. Se Bilaga 3.

Punkt 19.1 Hälsosam vårdmiljö

Idé/förslag/motion

Fakta/Bakgrund till motionerna från och med 1. Delvis betald arbetstidsförkortning för äldre till och med 36. Beordrad arbetstid

Många medlemmar upplever att arbetssituationen är slitsam och känner det svårt att orka ett helt yrkesliv, fram till pensionen. Många medlemmar föreslår, en arbetstidsförkortning. Det faktum att inte orka arbeta fram till pension är oacceptabelt. Alla har rätt till arbetsvillkor som gör det möjligt att få ett hälsosamt helt yrkesliv.

Professionen ska kunna verka för en god och säker vård, och det kräver en hälsosam vårdmiljö för både vårdtagare och yrkesutövare. I de löneavtal som Vårdförbundet tecknat är den grundläggande principen för, lönesättningen, och löneutvecklingen, att lönen är individuell och avspeglar uppnådda mål och resultat. Detta kräver närvaro och en hälsosam vårdmiljö.

Detta talar för att man bör vara på arbetsplatsen och bidra med sin kunskap och visa att den bidrar till verksamhetens mål. Vårdförbundets aktiva arbete för en hälsosam vårdmiljö borde skapa möjlighet för rätten att orka ett helt yrkesliv.

Att arbeta natt är krävande eftersom vi som ”biologiska varelser” inte är skapta för att vara vakna på natten. Sömn är viktig för återhämtning och bibehållen hälsa.

Vård måste dock bedrivas på natten och då måste det finnas villkor som gör det möjligt att arbeta på natten med bibehållen hälsa. Bästa sätt, enligt nuvarande kunskaper, är att se till att kroppen kompenseras med sömn, vila och återhämtning, i samband med nattarbetet.

Det finns en tro att det är hälsosammare att arbeta natt än att rotera mellan dag och nattjänstgöring. Men kunskapsläget är oklart. I undersökningar är det tydligt att nattarbetare mår bättre än folk som roterar. Men det beror sannolikt på att nattarbetare är ett selektivt urval, ingen tvingas arbeta natt, utan alla har av olika anledningar valt nattarbetet och det är sannolikt anledningen till att de mår bättre.

Rotation med en natt eller två nätter i rad är sannolikt det mest hälsosamma under förutsättning att det kompenseras med vila och återhämtning. Den absolut viktigaste faktorn för att undvika ohälsa, i samband med nattarbete, är att kompensera sömnförlusten som nattarbetet ger. Det finns idag även forskning som visar på att sömnproblem ökar med åldern. Därmed blir det svårare ju äldre man blir att på tid som är onaturlig för sömn att kompensera sömnbristen.

Alla individer är olika, med olika förutsättningar att klara nattarbete. Med rimliga villkor bör omfattningen av nattarbete överenskommas mellan chef och medarbetare i det enskilda anställningsavtalet.

Rätten till dygnsvila och rast är reglerad både i arbetstidslag och i kollektivavtal och ska inte prioriteras bort vid schemaläggning.

Läs mer i Kecklunds m fl Stressforskningsrapport nr 322, finansierad av Vårdförbundet och Sveriges kommuner och landsting. Finns på Vårdförbundets hemsida.

Att aktivt använda sig av Arbetsmiljölagen kapitel 2 § 1, krävs inget kongressbeslut. Lagen finns idag och kan och bör tillämpas av alla vid alla relevanta tillfällen. Paragrafen syftar på individens arbetsförhållanden och den formas bäst på arbetsplatsen av dem som finns där, med eller utan relevanta bestämmelser.

År 1995 blev Kommunal och Sveriges kommuner och landsting överens om 37 timmars veckoarbetstid. Kommunal prioriterade Arbetstidsförkortning. Vårdförbundet hade erbjudande att 1995 göra samma överenskommelse om förkortad veckoarbetstid, men prioriterade att använda allt utrymme till löneökningar. En generell arbetstidsförkortning med en timma per vecka "kostar" 2.5 % av löneutrymmet. Arbetstidsförkortning bidrar inte till den nödvändiga värderingsförändring som ligger till grund för Vårdförbundets lönepolitiska arbete.

Ersättning för obekväm arbetstid värderas vid varje förhandling mot alla andra yrkanden. Förändringar av ersättning på obekväm arbetstid är svårt att lösa nationellt eftersom nuvarande kollektivavtal har en konstruktion där alla parter som skriver på samma kollektivavtal. En förändring kräver att alla är överens och gör samma prioriteringar.

Nationellt fastställda tillägg för obekväm arbetstid värderar inte de olika kompetenser som olika individer/ yrkesgrupper bidrar med på obekväm tid. Möjlighet finns därför, i nuvarande avtal med Sveriges kommuner och landsting, att göra lokala kollektivavtal eller individuella överenskommelser.

Lönen är en värdering av den erfarenhet, kunskap och kompetens man bidrar med. Denna lön utgår vid tjänstgöring på ordinarie arbetstid. Vid övertid utgår övertidsersättning med olika procentsatser av den individuella lönen.

En grundläggande facklig värdering är att all tid man står till arbetsgivarens förfogande ska vara arbetstid. Begreppen arbetstid, jour och beredskap är begrepp som återfinns på Europeanivå i arbetstidsdirektiv, i nationella lagar och i kollektivavtal.

Bestämmelsen om jour och beredskap i kollektivavtalet med Sveriges kommuner och landsting är en gammal bestämmelse som bygger på en annan arbetsorganisation med lägre aktivitet på kvällar, nätter och helger. Bestämmelserna är inte uppdaterade till dagens organisation med jour och beredskap.

Ökad specialisering och ökat krav på specialistkunskap dygnet har arbetsgivaren valt att lösa med beredskapstjänstgöring för en del av medlemmarna. Beredskapstjänstgöring är bara en annan form att stå till arbetsgivarens förfogande, och ska också vara arbetstid

Att ta en anställning innebär att sluta ett avtal om att byta en arbetsinsats mot viss ersättning; man upprättar ett anställningsavtal. Som anställd är du på arbetet på i förväg överenskommen arbetstidsförläggning och har rätt till ordinarie lön för det. Det finns i princip inget frivilligt arbete hos arbetsgivaren med rätt till lön. Inom ramen för din anställning har du enligt

kollektivavtalet med Sveriges kommuner och landsting skyldighet att byta schema, förskjuta arbetstiden eller arbeta utöver fastställd arbetstid. All tid utöver det ordinarie schemat blir därmed beordrad arbetstid oavsett tonläget för beslutet. För detta utgår enligt kollektivavtalet enkel eller kvalificerad övertid enligt fastställda kriterier. För att öka möjligheten att ersätta

”rätt eller relevant” har Vårdförbundet i kollektivavtalet ”öppnat” bestämmelsen om övertid för lokalt kollektivavtal eller individuell överenskommelse just för lokal anpassning som beskrivs i motionen.

Vårdförbundet vill

Vårdförbundet menar att det idag största problemet för medlemmarna är villkoren för anställda med tjänstgöring med blandad dag och natt. Nuvarande avtalsvillkor för nattarbetet motsvarar inte de villkor som finns i dagens vårdorganisationer. Nattarbetet är krävande, då arbete ska utföras då kroppen är inställd på vila, samtidigt som kraven på säker vård måste säkerställas. Det krävs villkor för nattarbete som både minskar ohälsan och som på bästa sätt garanterar en säker vård. Detta sker bäst med sömn, vila och återhämtning.

Vårdförbundet anser därför att vila och återhämtning måste ingå i nattarbetstiden, oberoende av om man arbetar blandad dag och natt eller enbart natt. Arbete nattetid måste få villkor så att vården har samma höga kompetens dygnet runt.

Vårdförbundet anser att eftersom man bidrar med samma erfarenhet, kunskap och kompetens, på all tid på dygnet, man arbetar, ska ersättning även för obekvämtid ske med en procentuppräknning på timlönen.

Vårdförbundet känner väl till de ökande problemen med jour och beredskap. Vad gäller jour menar Vårdförbundet att all tid man måste tillbringa på arbetsstället ska vara aktiv tjänstgöring, ordinarie arbetstid fullt ut och därmed lön.

Vårdförbundet har sedan år 2000 enats om att även ersättning för ob, jour och beredskap ska följa lönen, alltså räknas som en del av timlönen, vilken innebär att den ökar med höjd lön. Detta har funnits med i yrkanden till Sveriges kommuner och landsting sedan dess.

För att skapa rimliga arbetsvillkor och samtidigt ge alla likvärdig vård menar Vårdförbundet att jour och beredskap ska vara ordinarie arbetstid men värderas olika.

Vårdförbundet har i sitt yrkande till Sveriges kommuner och landsting inför avtal 2011 prioriterat och tydligt uttryckt att Vårdförbundet vill se en helhetslösning för arbetstider inom vård och omsorg

Hälsosam arbetstid

Villkoren i vård och omsorg är speciella, med krav på kunskapsförsörjning dygnet runt och höga krav på god och säker vård. Vårdförbundet och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund menar att dessa speciella villkor måste ha en egen bestämmelse om arbetstider. Synen på arbetstidsmättet, arbetet på obekvämtid och då särskilt nattarbetet, formerna för jour och beredskap, färdtid, förskjuten arbetstid och flextid och ersättningarna för detta ska ses i ett sammanhang i denna bestämmelse. Nattarbetet kräver tid för återhämtning och omställning. Det ska alltid ingå i nattarbetstiden. All tid man står till arbetsgivarens förfogande ska ses som arbetstid, men värderas olika. Ersättning för obekvämtid ska följa lönen.

Motsvarande krav förs inom alla Vårdförbundets partsområden.

1. Delvis betald arbetstidsförkortning för äldre

Motionär: Cecilia Schmidt-Karlsson, avdelning Uppsala

I den privata sektorn förekommer i en del organisationer att man betalar t ex 50 % av den arbetstidsförkortning den äldre väljer att göra. Jag tycker det är något som vi även skulle fundera på i den offentliga sektorn t ex spec. utb. sjuksköterskor i intensivvård där arbetsgivaren fortfarande har en brist. Man bibehåller då en hög kompetens och ökar tillgångsmöjligheten på denna s a s bristkompetens i organisationen. Jag tror även att man ökar möjligheten att fler äldre väljer att stanna inom sin specialité istället för att "backa" till något mindre betungande, där man kanske orkar att jobba mer med bibehållen lön. Detta anser jag skulle vara en fördel ur arbetsmiljö och ekonomisk synpunkt för individen och för alla Vårdförbundets medlemmar som är äldre. För arbetsgivaren ökar möjligheten att bibehålla de äldre medarbetarna som oftast har en stor rutin och kompetens och förhoppningsvis på längre sikt hjälpa till att utjämna bristen på de olika specialistjuksköterskorna.

Yrkande:

Att arbeta för inom Vårdförbundet att de äldre medlemmarna ska få delvis betald arbetstidsförkortning från arbetsgivaren.

Uppsala 2009-01-28

Cecilia Schmidt-Karlsson

2. Arbetstidsförkortning med bibehållen lön för äldre yrkesutövare

Motionär: Malin Wennberg, avdelning Norrbotten

Jag anser att vårdförbundet ska arbeta med arbetstidsförkortning med bibehållen lön för äldre yrkesutövare. Detta för att få in nya yrkesutövare på arbetsmarknaden i tid utan att tappa kompetens, och man hinner lära av varandra och får bättre introduktioner på enheterna.

3. Åldersrelaterad veckoarbetstid

Motionär: Elisabeth Ahlström-Bodin, avdelning Uppsala

För att de flesta sjuksköterskor ska orka arbeta heltid fram till sin pension tycker jag att VF ska jobba för att veckoarbetstiden sjunker med stigande ålder.

Vid fyllda 45 år- en timme kortare arbetstid per vecka

vid fyllda 50 år- ytterligare två timmars förkortning per vecka

vid fyllda 60 år- ytterligare två timmars förkortning per vecka

Denna arbetstidsförkortning ska också kvarstå vid eventuella arbetstidsmodellens införande.

4. Arbetstidsförkortning - bibehålla kompetensen

Motionär: Ylva Sunbring, avdelning Jönköping

Bibehållen lön med 25% sänkning av arbetstiden f r om 60 år.

5. Att orka ett helt yrkesliv

Motionärer: Dennis Svensson, Helsingborgs lasarett, Tord Rausner, Primärvården Skåne, Agneta Gustafsson, Ängelholms sjukhus, Cecilia Kadanik, Helsingborgs lasarett, Ulf Larsson, Helsingborgs lasarett.

Vårdyrkena blir allt mer kunskapsintensiva. Besparingar och krav på ökad effektivitet har lett till en ökad arbetsbelastning för våra yrkesgrupper. Vi ska ge en god och säker vård med hög vårdkvalité. Samtidigt har antalet vårdplatser minskat. Allt fler arbetsgivare anställer med blandad dag och nattjänstgöring. Det finns idag inga bra villkor för blandad dag och natt arbete. Detta gör det sammantaget att det finns risk att alla inte orkar arbeta ett helt yrkesliv.

Inga ställningstagande tas till individens förmåga och biologiska klocka att arbeta under dygnets alla timmar. Våra behov av återhämtning är också viktigt och varierande. Förutsättningarna förändras i våra liv och i vårt biologiska system. Allt fler sömnforskare anser dessutom att efter 50 års ålder ökar behovet av en längre återhämtningstid än vad Arbetstidslagen kräver och vårt kollektivavtal är inte utformat att vara anpassat för blandad dag och nattarbete.

Arbetsgivaren måste ta hänsyn till detta, skapa individuella lösningar och erbjuda olika former av anställningar och i dialog med medarbetaren vara beredd att förändra den pågående anställningsformen om förutsättningarna för den enskilde förändras över tid.

I arbetsmiljölagen står följande i kapitel 2 § 1: ”Arbetsförhållandena skall anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Arbetstagaren skall ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbetssituation samt i förändrings- och utvecklingsarbete som rör hans eget arbete. Teknik, arbetsorganisation och arbetsinnehåll skall utformas så att arbetstagaren inte utsätts för fysiska eller psykiska belastningar som kan medföra ohälsa eller olycksfall. Därvid skall även löneformer och förläggning av arbetstid beaktas.”

För att orka ett helt yrkesliv krävs en förändring. Medlemmarna har rätt till arbetstider som ger förutsättningar att orka arbeta ett helt yrkesliv samt att bedriva en säker vård

Våra löner motsvarar inte heller det ansvar vi tar och den kompetens vi besitter. Eftersom arbetsgivaren inte anser sig ha ekonomiska medel till att lyfta våra löner till rätt nivå, måste vi hitta andra vägar parallellt med lönen. Vägar som kan bibehålla vår hälsa och göra att vi orkar arbeta ett helt yrkesliv inom sjukvården. Ett viktigt vägval är förkortad arbetstid. Det skulle ge mer tid till återhämtning. Med detta som bakgrund yrkar vi:

ATT Vårdförbundet arbetar för en arbetstidsförkortning för de med dag och nattjänster för dem som är över 50 år.

ATT Vårdförbundet arbetar för en förkortad arbetstid för vårdförbundets medlemmar som arbetar blandad dag och natt.

ATT Vårdförbundet arbetar för en förkortad arbetstid för vårdförbundets medlemmar som enbart tjänstgör dag till 37 timmar/vecka.

ATT Vårdförbundet arbetar för en förkortad arbetstid för vårdförbundets medlemmar som enbart tjänstgör natt till 32 timmar/vecka.

ATT Vårdförbundet arbetar för en inbyggd begränsning i antalet skiftningar mellan dag/natt för dem med dag/nattjänster.

ATT Vårdförbundet arbetar för att arbetsgivaren gör ett individuellt hänsynstagande vid anställning och erbjuder anställningsform efter individuell förmåga.

ATT Vårdförbundet mer aktivt använder sig av arbetsmiljölagen kapitel 2 §1 för att få arbetsgivaren att ta individuell hänsyn vid anställningar.

6. Arbetstidsmodeller

Motionär: Malin Wennberg, avdelning Norrbotten

Jag anser att vårdförbundet ska arbeta med olika arbetstidsmodeller tex nattarbete ska värderas högre, detta för att det är psykiskt och fysiskt påfrestande att arbeta natt, och det är svårt generellt att rekrytera natt personal. Bäst ur ett hälsoperspektiv är ju att inte rotera mellan dag natt och kvälls pass. Utan hellre jobba endast natt, en natt tjänst borde vara mer "värd" än en dagtidstjänst.

7. Kortare arbetstid vid treskiftsarbete

Motionär: Medlemmar genom Gitte Larsson och Karin Jonsson fackliga företrädare på IVA, NUS, avdelning Västerbotten

Arbetstider på avdelning med likvärdig bemanning dygnet runt kräver att alla i personalen jobbar många nätter varje månad. Detta är ett växande arbetsmiljöproblem!

Sliter på hälsa och välbefinnande

Sömnp Problemen, fler och fler sover dåligt

Leder till en ond cirkel när några inte alls klarar av nattarbete och de övriga då måste jobba ännu fler nätter.

Vi vill att Vårdförbundet lokalt i Västerbotten samt Centralt arbetar för kortare arbetstid vid treskiftsarbete. Gärna en modell som ger mer tid ju fler nätter man arbetar. Dessutom högre ersättning vid nattarbete som kompensation för de som utsätter sig för den hälsorisk som nattarbetet innebär.

8. Sänk heltidsmättet vid rotationstjänstgöring

Motionär: Sjuksköterskegruppen vid IVA i Skellefteå

Forskning har visat att blanda dag och nattjänstgöring är ohälsosamt för personalen och riskabelt för verksamheten. Vi menar att treskift är det sämsta man kan jobba på grund av mycket dålig tid för återhämtning sömnrubbnings, GI - problem, irritation och koncentrations svårigheter. Vi har ett väldigt intressant och spännande arbete, men också tungt och krävande. Det innebär stora krav på oss, vi måste hålla oss ajour och skärpta dygnet runt. Det sliter och tar mycket energi, vilket kräver tid för återhämtning mellan skiften. Arbete på en vård-avdelning kräver tjänstgöring dygnets alla timmar detta kan vi inte påverka.

Rätten till heltid strävar kommunal efter, att arbeta heltid på vår avdelning är mycket tufft, förmiddagarna och eftermiddagarna är korta 7.5 tim och vi har en överlappningstid på 30 min

pga. en mycket slimmad organisation. Återhämtning efter nattarbete är ibland bara dagen vi vakar av. Arbetstidsmodellen får inte vara orsak till att inte orka arbeta mer än deltid.

Ett konkret förslag skulle vara att skriva ner heltidsmättet till 85% detta skulle innebära mer tid för återhämtning, och till följd av detta mindre sjukskrivningar, fler medarbetare, förbättrad helgtjänstgöringen och personal som orkar vara engagerade och effektiva. Framförallt skulle det innebära att flera orkar jobba heltid fram till sin pension.

Vi orkar inte längre jobba på detta vis.

9. Förbättrade villkor vid rotationstjänstgöring, Veckoarbetstiden sänks till 32 h

Motionär: Petra Söderlind avdelning Uppsala

Fler och fler arbetsgivare går ifrån tidigare dag- respektive nattjänster till rotationstjänster vilket innebär att personalen måste vara beredd på att arbeta alla dygnets timmar. Detta är naturligtvis bra ur arbetsgivarens perspektiv och verksamhetens då personalen kan användas mer flexibelt och när det passar verksamheten och dess behov.

Tyvärr tyder dock aktuell forskning och våra egna erfarenheter på att detta sätt att arbeta till och med är mer negativt ur hälsosynpunkt än rena nattarbeten. Vi anser inte att man tagit hänsyn till denna nya kunskap och på ett tillfredställande sätt låtit detta avspeglas i avtalets innehåll. Vi menar att det behövs mer luft i systemet när man arbetar i rotation och växlar mellan dag och natt för att man skall kunna återhämta sig och orka med detta sätt att arbeta.

Vi anser också att arbetsgivaren bör ha ett tydligare ansvar för sina anställdas hälsa. För att rotationstjänstgöring skall vara ett hållbart sätt att arbeta på yrkar vi därför på följande förslag:

Vi yrkar

Veckoarbetstiden för anställda i rotationstjänst sänks till 32 timmar per vecka motsvarande en heltidstjänst.

Mina sjuksköterskekollegor på avdelning 30B på Akademiska sjukhuset i Uppsala har också tagit del av denna motion och vill också stå bakom den. Har ett orginal på avdelningen där dessa skrivit under motionen. Dessa är: Emilia Engelmark, AnnSofie Eriksson, Camilla Grydén, Ulla Karin Spangenberg, Sara Hammarström, Camilla Nordlander, Ingrid Lundkvist, Helene Klang Jansson, Anna Olsson, Susanne Karlsson, Vivi Ekenberg, Sofi Appring, Ingrid Ragnar, Ann-Christine Sommar

10. Nattarbetstidstrappa med förkortad arbetstid för nattarbetande medlemmar

Motionär: Maj Wineström, avdelning Uppsala

Jag anser att om man arbetar natt behövs en kortare arbetstid för att kunna arbeta kvar på natten för dem som blir äldre .För att orka med den vårdtyngd som är i dag samt att man på natten inte har raster utan måltidsuppehåll vilket innebär att man i dag ofta ej får rast eller paus under nattens 10 timmar.

En arbetstidsförkortning , via denna trappmodell. För samtliga som har natttjänst förkortad arbetstid på 3.20 timmar /vecka räknat på en heltidstjänst .Att ingen som arbetar heltid natt

har mer än 33 timmar /vecka. Samt att det tillkommer ytterligare arbetstidsförkortning när man närmar sej pension.

Vid 60 år förkortad arbetsvecka med ytterligare 2 timmar / vecka. Vid 63 års ålder förkortad arbetstidsvecka med ytterligare 1 timme (totalt 3 timmar / vecka). Vid 64 och 65 års ålder förkortad arbetstidsvecka med ytterligare 2 timmar (totalt 5 timmar/vecka)

Jag yrkar på att motionen behandlas på kongressen 2011 och att kongressen bifaller motionen Att man på central nivå arbetar med en förkortad arbetstid för dem som arbetar natt. Förkortad arbetstid på natten är en fråga som diskuterats länge . Lokalt har en del avtal gjorts. Alla borde ha samma möjlighet till förkortad arbetstid som nattarbetande sjuksköterskor ,barnmorskor och biomedicinskanalytiker -röntgensjuksköterskor. De som arbetar rotation och har fler än 8 nätter / månad även där en ordentlig arbetstidsförkortning

11. Förbättrade villkor vid rotationstjänstgöring – modell för återhämtning

Motionär: Petra Söderlind avdelning Uppsala

Fler och fler arbetsgivare går ifrån tidigare dag- respektive nattjänster till rotationstjänster vilket innebär att personalen måste vara beredd på att arbeta alla dygnets timmar. Detta är naturligtvis bra ur arbetsgivarens perspektiv och verksamhetens då personalen kan användas mer flexibelt och när det passar verksamheten och dess behov. Tyvärr tyder dock aktuell forskning och våra egna erfarenheter på att detta sätt att arbeta till och med är mer negativt ur hälsosynpunkt än rena nattarbeten. Vi anser inte att man tagit hänsyn till denna nya kunskap och på ett tillfredställande sätt låtit detta avspeglas i avtalets innehåll. Vi menar att det behövs mer luft i systemet när man arbetar i rotation och växlar mellan dag och natt för att man skall kunna återhämta sig och orka med detta sätt att arbeta. Vi anser också att arbetsgivaren bör ha ett tydligare ansvar för sina anställdas hälsa. För att rotationstjänstgöring skall vara ett hållbart sätt att arbeta på yrkar vi därför på följande förslag:

Införandet av en modell där tiden för återhämtning och vila är kopplat till hur många nätter du faktiskt arbetar.

Att det skall finnas reglerat i kollektivavtal avseende hur stor maximal del av arbetstiden som du som arbetstagare är skyldig att förlägga nattetid.

Mina sjuksköterskekollegor på avdelning 30B på Akademiska sjukhuset i Uppsala har också tagit del av denna motion och vill också stå bakom den. Har ett original på avdelningen där dessa skrivit under motionen. Dessa är: Emilia Engelmark, AnnSofie Eriksson, Camilla Grydén, Ulla Karin Spangenberg, Sara Hammarström, Camilla Nordlander, Ingrid Lundkvist, Helene Klang Jansson, Anna Olsson, Susanne Karlsson, Vivi Ekenberg, Sofi Appring, Ingrid Ragnar, Ann-Christine Sommar

12 Nattarbete

Motionär: Eva Björkén, avdelning Uppsala

Idag har nattarbetande sjuksköterskor en arbetstidsförkortning beroende på vilket lokalt bemanningsmodell som finns. Oavsett modell så finns i alla fall ingen mänsklig möjlighet att arbeta heltid. Om så vore fallet skulle arbetet bestå av 15-16 nätter i månaden. Tänk då att arbetsnätterna följes av en sovdag så det blir 30 - 32 dagars arbete/månad. Således blir

ersättning el. tidsförkortning för obekväm tid med olika modeller viktigare för att kompensera deltiden. Jag vet ingen som jobbar heltid natt. Jag skulle önska att nattarbete som redan är vetenskapligt bevisat ej är gynnsamt för hälsan, likaså skiftarbete, skulle ha en annan procentuell sats för heltid. Ex. vis 80% el.90% natt skulle motsvara en heltid. Då slapp arbetsgivaren ha lokala bemanningsmodeller. I många fall har modellerna kommit till för att det saknas framförallt nattpersonal.

13. Förkortad arbetstid

Motionär: Mats Ringlund, avdelning Uppsala

Med anledning av att man som sjuksköterska arbetar heltid 38,25 timmar/vecka dagtid. Hur kommer det sig att så få sjuksköterskor inte verkar orka arbeta heltid utan istället har valt att gå ner i arbetstid eller tom börjar arbeta 3-skift för att få mer ledighet mellan arbetspassen! Detta r/t att flera studier har visat att 3- skiftarbete är skadligt för hälsan. Har räknat fram att endast 37 % på den avd. där jag arbetar jobbar heltid! (detta beror inte på att man t ex är småbarnsförälder). Kommunalarbetarförbundets medlemmar (undersköterskorna) arbetar t ex. 37 timmars arbetsvecka vilket gör på ett arbetsår, borträknat för 5 v. Semester 58,25 timmar kortare arbetstid/år (ca 1½ arbetsvecka)!

Man bör också beakta att detta går emot regeringens mål/önskan om att äldre personer i arbetslivet ska kunna ges möjlighet till att arbeta längre idag. Det har ju även diskuterats om huruvida man ska höja pensionsåldern för att äldre ska ges möjlighet att arbeta längre idag. Med det avtal som vi har idag tycker jag att detta går stick i stäv med vad regeringen aviserat.

Yrkande: Att sjuksköterskorna får en förkortad arbetstid som är likvärdig med vad kommunalarbetsförbundet har lyckats förhandla fram till sina medlemmar (undersköterskorna)
Uppsala 2009-01-24, Mats Ringlund

14. Kortare veckoarbetstid

Motionär: Solveig Andreassen, avdelning Kalmar

Vi har ju 40 timmars arbetsvecka i Sverige, och inom sjukvården med oregelbunden arbetstid 38,25, Undersköterskorna har 37, fick höra av en kollega som arbetar i Norge ibland, att dom har kortare arbetstid och skall sänka den mer. Dags att kolla upp arbetstider med Norge och EU-länderna. Så vi orkar till pensionen!

15. Arbetstider

Motionär: Marie Westerlund, avdelning Gävleborg

Flexiblare arbetstider för att tillgodose personalens och arbetsplatsernas olika behov. Önskemål om att lägga in arbetstidsförkortning i avtalet 2011 (typkommunals 1,25t/v) jobs! skall gälla alla och inte bara nattarbetare.

16. Sänkt arbetstid

Motionär: Eva Nordlund, avdelning Stockholm

Jag tycker att vårdförbundet ska arbeta för sänkt arbetstid för oss i vårdförbundet. Målet borde vara att vi har samma arbetstid som kommunals medlemmar. Minst ! Många medlemmar i vårdförbundet orkar inte jobba heltid och får därför både mindre pengar i lönekuvertet men också sämre pension.

17. Arbetstidsförkortning 1

Motionär: Gunilla Bodemyr, Örebro

Eftersom jag har förstått att förhandlingarna med SKL inte kommer att ge så mycket i vårt lönekuvert så tänker jag att en arbetstidsförkortning också för oss sjuksköterskor som jobbar dag/kväll/helg skulle kunna kompensera detta. Att arbeta som distriktssköterska i kommunen med de allra svårast sjuka och ge den bästa vården med dom minsta medlen är i och för sig otroligt roligt och utmanande men också enormt jobbigt. När man är ledig orkar man ibland inte ens umgås med familjen.

Nattsjuksköterskorna har ju upplevt det som en stor förbättring med sin arbetstidsförkortning och att dom också får kompensation till fortbildning. Jag tror att det skulle vara ett sätt att göra jobbet lite mer attraktivt. Sedan natten fick sin arbetstidsförkortning är alla tjänster tillsatta och om någon tjänst blir ledig är det väldigt många sökande. Vad sägs? 35 timmars arbetsvecka som kompensation för obekvämlig arbetstid.

18. Arbetstidsförkortning 2

Motionär: Helena Nyrén, avdelning Örebro

Hållbart arbetsliv heter det i vårdförbundet. Veckoarbetstiden är i nuläget högre i Sverige än i våra gränsländer. Jag tycker vårdförbundet ska driva för denna fråga om förkortad veckoarbetstid.

19. Arbetstid

Motionär: Helen Wall, avdelning Västerbotten

Föreslår att arbetstiden sänks till 37 tim/v istället för 38,25 tim/v. Detta tycker vi är ett led i att få hälsosammare arbetstider.

20. Heltid lika många timmar som ambulanssjukvårdare/sjuksköterskor

Motionär: Eva Hansson avdelning Gävleborg

Vi tycker att på en heltid borde vi göra lika många timmar som ambulanssjukvårdare/sjuksköterskor? Idag skiljer det ca 2 timmar/vecka.

21. Generell arbetstidsförkortning

Motionär: Karin Fredriksson och Elin Karlsson, avdelning Västra Götaland.

Motion till årsmötet där jag vill uppmana facket att förhandla fram en generell arbetstidsförkortning liknande den som undersköterskorna har. Jag tror att detta är en väg som är lättare att få igenom än att envist hålla fast vid löneökning. Löneökning utöver vad andra fack lyckas

få igenom är nog näst intill omöjligt att få, så vi kommer alltid att vara ett låglönejobb. I EU har ju sjuksköterskorna kortare arbetstid och vi följer ju EU:s regler angående arbetstider för övrigt. Dessutom vill jag att man inför en frivilligklausul om att arbeta natt efter det att man fyllt 50.

22. Förkortad veckoarbetstid = Hälsosammare arbetstid 1

Motionär: Marita Berggren-Karlsson avdelning Västernorrland

Vi specialistsjuksköterskor vid anestesi/operationsavdelningen, Sollefteå Sjukhus, Västernorrland: Påstår att en förkortad arbetstid är en hälsosammare arbetstid!

För att ha ett hållbart yrkesliv måste vi hitta lösningar för hälsosamma arbetstider. Vikten av team-arbete på vår arbetsplats präglar vårt arbete. Därför ser vi det som en självklarhet att samtliga som ingår i teamet under dagens/kvällens arbete har samma veckoarbetstid. Om det ska bli möjligt måste relationen mellan våra arbetstider i förhållande till andra yrkesgrupper inom vården förkortas.

Vi anser att människor ska ha möjlighet att arbeta heltid fram till pensionen. Idag saknas bra villkor för blandat dag, kvälls- och jourarbete. Därför vill vi ha en överenskommelse om arbetstidens förläggning och längd, som är anpassad för vårdens verksamhet samtidigt som den tar hänsyn till medarbetarnas hälsa och välbefinnande.

En jämförelse mellan de Nordiska länderna visar att Sverige har mest veckoarbetstid. Vi anser därför att år 2011 borde vara sjuksköterskornas år till förändring.

Vi föreslår därför att Kongressen antar vår motion!

Med vänlig hälsning Marita Berggren-Karlsson, förtroendevald anestesi/operation

23. Förkortad veckoarbetstid = Hälsosammare arbetstid 2

Motionär: Nina Pettersson, avdelning Västernorrland

Vi sjuksköterskor vid Akutmottagningen Sollefteå sjukhus, Västernorrland: Påstår att en förkortad arbetstid är en hälsosammare arbetstid!

För att ha ett hållbart yrkesliv måste vi hitta lösningar för hälsosamma arbetstider. Vikten av team-arbete (ssk,usk)på vår arbetsplats präglar vårt arbete. Därför ser vi det som en SJÄLVKLARHET att SAMTLIGA som ingår i teamet under arbetstiden har samma veckoarbetstid. Alla ska ha möjlighet att arbeta heltid fram till pensionen. Idag saknas bra villkor för blandat dag, kvälls- och nattarbete. Därför vill vi ha en överenskommelse om arbetstidens förläggning och längd, som är anpassad för vårdens verksamhet samtidigt som den tar hänsyn till medarbetarnas hälsa och välbefinnande.

En jämförelse mellan de nordiska länderna visar att Sverige är en av de som har mest veckoarbetstid. Vi anser därför att 2011 borde vara Sjuksköterskornas år till förändring.

Vi föreslår därför att kongressen antar vår motion

24. Sänkt arbetstid till 35h/vecka

Motionär: Josefine Norén avdelning Västerbotten

Mitt önskemål för 2011 är att vårdförbundet ska arbeta för sänkt arbetstid till 35h/vecka. Det skulle kosta mer pengar initialt för landstinget men på sikt kommer det betala igen sig genom minskade sjukskrivningar, och personalen skulle också "hålla" längre, mindre förtidspensioner osv. Hela samhället skulle tjäna på detta med ökade skattemedel och minskade sjukpenning utbetalningar. Som det ser ut i dagsläget är det på vår arbetsplats väldigt många deltid-arbetare. Det största problemet är nog det obligatoriska tre skiftet, som gör att personalen sliter ont. Tid för återhämtning mellan natt och dagpass finns inte på en heltid och vi är dessutom alldeles för ofta underbemannade. Många går hem efter tunga pass med ryggont och blir borta ett par dagar för att vi helt enkelt haft för hög belastning och för lite vila, och detta kan vara under längre tider dessutom.

Vidare önskar jag att ob-tillägget för vardagkvällar ska vara fr o m kl 17 eftersom kontorstiden då är slut. Jag vill också se en generell ökning av ob-tilläggen då tid borta från familjen och det faktum att arbetsbelastningen kan vara lika tung nattetid som dagtid, ska värderas högre. Mer ansvar läggs också på sjuksköterskorna på ob-tid då doktorerna är färre och inte alltid på plats och lämnar sjuksköterskan att fatta många (akuta) beslut gjorda på egna bedömningar.

25. Arbetstidsförkortning vid obekväma arbetstid

Motionär: barnmorskorna på 96 D/E Förlossningen Akademiska Sjukhuset Uppsala
Inom delar av akutsjukvården krävs i stort sett lika stor bemanning dygnet runt. Det medför att en stor andel av arbetstiden måste förläggas till obekväma arbetstid (kvällar, nätter och helger). På en del arbetsplatser har bemanningen lösts med hjälp av arbetstidsmodeller, som premierat arbete på obekväma tider. Av olika skäl har arbetstidsmodellerna övergivits på flera håll. Behovet av personal dygnet runt kvarstår dock. Oregelbundna arbetstider och att ha stora delar av sin arbetstid förlagd när andra är lediga har negativ inverkan på det sociala livet inklusive familjelivet och har negativ inverkan på hälsan. Sämst är treskift. För att få livet att gå ihop tvingas medlemmarna att gå ner i arbetstid. Det måste gå att arbeta heltid i vården.

Vi uppmanar därför Vårdförbundet att arbeta

- för en arbetstidsförkortning som är korrelerad till hur stor del av arbetstiden som är kvällar, helger och nätter
- mot treskift

26. OB-tillägg

Motionär: Liselott Gross, avdelning Skåne

Då jobbet som sjuksköterska är ett jobb som innebär för många anställda att alltid arbeta och vara tillgänglig dvs vardag som helg och då behovet är sådant så anser jag att man bör se över OB-tilläggen. Det skall premieras att arbeta på obekväma tid. Mitt förslag är 100 % kväll och helg och 200 % på storhelger

27. Indexreglerad Ob-ersättning

Motionär: Maria Göransson, avdelning Stockholm

För att Ob-ersättningen ska hålla sitt marknadsvärde bör Ob-ersättningen indexregleras, värdeförändras, varje år för att inte förlora i värde. Med tanke på att det är flera värden/-faktorer som indexregleras varje år så borde det inte vara något problem att även få Ob-ersättningen indexreglerad i samband med nästa avtal

28. Allmänna bestämmelser – jour och beredskapsersättning

Motionär: Malin Wennberg, avdelning Norrbotten.

Vi anser att Vårdförbundet ska arbeta aktivt med AB så att jour och beredskapsersättningen höjs väsentligt, och att jour och beredskaps ersättningen även har storhelgsnivå. På vår enhet arbetar vi med jour och beredskap och anser att all tid åt arbetsgivaren ska vara arbetstid men vi är inte där ännu. Därför anser vi att tiden vi ger arbetsgivaren i form av jour och beredskap måste värderas högre.

29. Angående jour, ob & beredskap

Motionär: Peter Blom, avdelning Värmland

Med denna motion vill jag göra kongressen uppmärksam på att det som anges i foldern ”Framtidens ambulanssjukvård” i stycket - Lön, punkt 3. dvs. ” Tillägg för ob, jour och beredskap måste höjas rejält och utgå i procent av grundlönen”.

Att ersättningen måste höjas står jag bakom, men ej att det skall höjas i procent av grundlönen. Jag anser att skillnaden i lön främst skall märkas i grundlönen, då baserad på kompetens och erfarenhet. Jag anser det orättvist och osolidariskt att göra skillnad just pga. att det är obekvämt arbetstid. Jag anser att det är lika obekvämt att arbeta helger, nätter och ha beredskap oavsett vilken grundlön personen ifråga har! Vidare anser jag att detta kan leda till en ökad känsla av splittring kollegor emellan.

Med detta som bakgrund föreslår jag kongressen att bifalla följande förslag: Att vårdförbundet skall verka för att ob, jour och beredskap skall vara lika oavsett grundlön.

Med hopp om en positiv bedömning! Peter Blom kongressombud Ambulanssjuksköterska, Ambulansen Hagfors.

30. Beredskapsersättning vid storhelg

Motionär: Ann-Christin Linder, avdelning Västerbotten

I dag så finns det många ställen i Västerbottens inland som har flera etablerade beredskapslinjer. Det verkar dessutom som arbetsgivaren vill att fler och fler arbetare skall gå på beredskap, istället för jourlinjer och aktiv tjänstgöring i och med att man drar ned på tjänster och skall minska kostnaderna. Ytterligare en orsak till ökad beredskap är att man för en del yrkesgrupper ändrar den aktiva tjänstgöringen på helg till beredskap för att få tätare bemanning under veckans vardagar.

Beredskapsersättningen är i sig väldigt låg vilket visar sig i arbetsgivarens intresse av att skapa fler beredskapslinjer. En generell höjning av beredskapsersättningens vore att föredra, men den del i beredskapsersättningen som man ABSOLUT måste se över är helgersättningen. Oavsett vilken helg du har beredskap har du samma ersättning, om det är Jul, Nyår, Påsk eller en vanlig helg i November. Det finns ingen höjd ersättning när man har beredskap en storhelg. Mitt yrkande till kongressen är att en förändring i ersättningsnivån för beredskap vid helg förändras. Att ersättningen förändras till två nivåer, där ersättningen vid storhelg bör vara minst dubbelt så hög som vid helg.

31. Beredskapsavtal 1

Motionär: dialysbehandlingen NUS via Helen Wall, avdelning Västerbotten Föreslår att ersättningen för beredskap på storhelger ska vara högre än om du har beredskap en "vanlig helg". Tycker det är konstigt att man inte får OB-ersättning när man jobbar på beredskapstid, samt det är konstigt att Kval -Öt först betalas efter 2 tim arbete (om man jobbar heltid). Kval-Öt borde betalas ut direkt oavsett om man jobbar hel eller deltid. Se över beredskaps-ersättningen, man måste få mer betalt om man tex har beredskap på jul än en "vanlig helg".

32. Storhelgersättning till alla som arbetar under beredskapstjänstgöring

Motionärer: Stig Langfjell, röntgensjuksköterska, Frank Abramsson, biomedicinskanalytiker, Ann-Sofie Bertholdsson, anestesijuksköterska
Inom VLL finns det anesthesi-, operations-, röntgen- sjuksköterskor, barnmorskor och biomedicinskanalytiker som har beredskap under kvällar/nätter och helger. Vid arbete utgår en fast ersättning. Under storhelger finns ingen extra ersättning vilket minskar flexibiliteten och viljan att arbeta under dessa helger. Vi vill ha en differentierad lönesättning med en högre ersättning under storhelg jämfört med en vanlig helg. Samtidigt vill vi att hela AB skall höjas i botten. Detta anser vi skulle öka viljan att arbeta under dessa helger vilket skulle gynna både arbetsgivare och arbetstagare.

33. Beredskapsavtal 2

Motionär: NUS, via Helen Wall, förtroendevald
Beredskapsavtalet måste ses över. Vi på dialysbehandlingen tycker att det är helt galet att man måste ta av sin redan intjänade "plustid" i de fall att man måste jobba på natten. Detta för att få dygnsvilan. Föreslår därför att varje beredskapstimme ska generera "plustid".

34. Bättre ersättning vid beordrad övertid.

Motionär: Magnus Grabski, avdelning Uppsala
Jag tycker att den ersättning som utgår när man blir beordrad till övertid borde vara mycket högre än den ersättning som man får när man frivilligt går med på övertid. Får man frågan om man kan jobba övertid och säger nej. Då har man ju andra saker planerade. Kan ju vara allt från att man vill vila själen, till att man skall fira sina barns födelsedag eller fira julafton med sitt barn. I de fallen borde compensationen vara bra mycket högre. Varför inte 400% Så att arbetsgivaren istället för att använda beordrad övertid ser över planeringen och personalorganisationen så att övertid endast nyttjas i undantagsfall. Jag vill att den högre ersättningen

för beordrad övertid skrivs in i kollektivavtalet så att samma ersättningen gäller i hela landet. Önskar även att motionen skickas till kongressen 2011.

35. Kvalificerad övertidsersättning oavsett procentuell sysselsättningsgrad

Motionär: Maria Göransson, avdelning Stockholm

Att det utbetalas kval övertid oavsett procentuell sysselsättningsgrad för de som arbetar på ledig dag, oavsett veckodag. Det finns en anledning till varför vissa sjuksköterskor inte arbetar 100%, och de bör få kval övertid även i veckodagarna när de offrar sin lediga dag.

36. Beordrad arbetstid

Motionär: Elisabeth Ahlström-Bodin, avdelning Uppsala

Då arbetsgivaren relativt ofta beordrar arbetstagare att jobba övertid, för att ersätta annan personal vid sjukluckor o. dyl. tycker jag att den beordrade ska ersättas på ett helt annat vis (läs högre ersättning) än vad som görs. Idag får man kvalificerad övertid oavsett om man går in på övertid frivilligt eller om man blir tvingad till det. Jag tycker att det måste kosta arbetsgivaren eftersom han stjälar min fritid. Det finns idag en möjlighet att förhandla sig till högre ersättning i samband med beordring, men det är förenat med mycket energi och tidsåtgång för att få igenom, om det överhuvudtaget går, eftersom arbetsgivaren inte går med på det frivilligt. Alltså vore det bäst om det finns ett avtal som ger en högre ersättning vid beordrad övertid, än endast kvalificerad övertid.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att anse motionerna 1 – 28 samt 30 - 36 besvarade.

Att avslå motion utom motionen 29.

Yrkande

Ombud 129. Yrkar på att kongressen bifaller motion 29!

Beslut

Kongressen beslutade att avslå yrkandet från ombud 129.

Kongressen beslutade att anse motionerna 1 – 28 samt 30 - 36 besvarade.

Kongressen beslutade att avslå motion 29.

Reservation

Peter Blom, Värmland. Reserverar mig mot att motion 29 avslogs.

37. Arbetstidsforskning

Motionär: Sektionsstyrelsen Karolinska Huddinge

I HÖK-08 överenskoms att Vårdförbundet och SKL skulle undersöka förhållanden som berör nattarbete. Uppdraget gick till Stressforskningsinstitutet, Stockholms Universitet att inventera aktuell forskning kring arbetstid, hälsa och säkerhet. Hösten 2010 publicerades stressforskningsrapport nr 322; Kecklund, G., Ingre, M., Åkerstedt, T. I rapportens sammanfattning står att läsa: ”Det är anmärkningsvärt att det inte finns någon aktuell och representativ svensk undersökning av arbetstider i vården och dess effekter på hälsa och säkerhet”.

I fotspåren av de senaste årens ekonomiska åtstramningar har medlemmarnas villkor, vad gäller arbetstid, förändrats och försämrats. Allt fler arbetar blandat dag och natt trots att det inte finns reglerat i några av våra kollektivavtal. Olika arbetstidsmodeller skapas lokalt, antingen i form av lokala kollektivavtal eller som enskilda arbetsgivarbeslut efter MBL-förhandlingar om omorganisation. Flera av dessa modeller tenderar att dölja det faktum att bemanningen är felaktig. Inte alla kan, av hälso- eller sociala skäl, arbeta natt. Därmed utestängs många medlemmar från arbetsplatserna. Patientsäkerhetslagen stadgar såväl yrkesansvaret som vårdgivaransvaret. Vårdförbundet har en nolltolerans för vårdskador. Att nyutexaminerade medlemmar tvingas arbeta natt utsätter både de och patienterna för risker.

Vårdförbundet har en god ekonomi. År 2009 hade förbundet ett överskott på ca 20 miljoner SEK. Att använda överskottet till att ge ett forskningsuppdrag exempelvis till KTH, Handelshögskolan eller Stockholms Universitets Stressforskningsinstitut att genomföra empiriska studier i den svenska vården angående arbetstidens förläggning kopplat till arbetsmiljö, arbetsskador, patientsäkerhet vore väl använda pengar.

Motionärerna yrkar härmed att kongressen beslutar:

Att Vårdförbundet ger ett forskningsuppdrag att undersöka arbetstidens effekter på hälsa, arbetsmiljö och säkerhet i svensk vård.

Sektionsstyrelsen Karolinska Huddinge inom Avd. Stockholm / gnm. Marika Olsson

38. Verka för aktuell forskning om hur nattarbete påverkar hälsan

Motionär: Patrizia Bjerkegren, avdelning Östergötland

Då forskning kopplat till nattarbete med rotation natt/dag är i stort sett obefintlig, anser jag att detta är en nödvändig fråga för Vårdförbundet att driva. Det finns ingen aktuell forskning som visar hur kroppen påverkas vid rotationsarbete natt/dag vid heltidstjänstgöring. Då hela välfärdssystemet (sjukförsäkring, föräldraförsäkring, pensionssystem mm) är uppbyggt på att man arbetar heltid, behövs forskningsstöd för hur kroppen påverkas. Utifrån aktuella rön kan Vårdförbundet med större tyngd arbeta för bättre villkor och kortare arbetstid som gör det möjligt att arbeta heltid, oavsett om du arbetar dag eller natt och det med bibehållen hälsa. Som det är idag tvingas medlemmar välja mellan bibehållen hälsa och heltidsarbete. Deltidsarbetet ökar och med det följer lägre sjukersättning, lägre föräldrapenning och sämre pension.

Fakta/Bakgrund

Det saknas idag forskning, på sambandet mellan arbetstid, hälsa och säker vård, inom vårdsektorn i Sverige. Behovet av forskning på området är därför stort. Vårdförbundet har tillsammans med SKL finansierat en kunskapsammansättning, Arbetstider, hälsa och

säkerhet, stressforskningsrapport 322. Rapporten är en genomgång av aktuell forskning vars resultat också kan ha relevans för vårdområdet.

För att få mer kunskap inom området kan Vårdförbundet bidra genom att vara med och finansiera forskningsprojekt om arbetstid. Detta kan ske genom att Vårdförbundet prövar ansökningar om delfinansiering av formulerade forskningsprojekt.

Anna Dahlgren, forskare vid KTH, avdelning för patientsäkerhet, har inkommit med en ansökan om att Vårdförbundet ska delfinansiera hennes planerade forskning om rastens betydelse för vila, återhämtning och patientsäkerhet. Vårdförbundet har beslutat delfinansiera detta projekt.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att bifalla motionerna.

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla motionerna.

39. Powernap

Motionär: Helena Efraimsson, avdelning Västerbotten
Försök i Danmark visar på positiva effekter utav Powernap - kortare vilostund för vårdpersonal under nattarbete. Jag tycker att vårdförbundet ska arbeta för möjligheten av Powernaps.

Fakta/Bakgrund

Forskning har konstaterat att det finns stora individuella skillnader i hur individer klarar skift- och nattarbete. Skillnaderna beror till viss del på ålder och kön men förmodligen även förmågan att hantera sömnbrist, trötthet och stress liksom sociala faktorer. Det finns också stora skillnader mellan skift och permanent nattarbete. ”Sammantaget visar forskningen om tupplurar att det är en effektiv motåtgärd när det gäller att minska tröttheten och förbättra prestationen på uppmärksamhetskrävande test och minnestest. Det saknas dock studier som undersökt om tupplurar kan höja produktiviteten och minska förekomsten av arbetsskador och felhandlingar.

När det gäller åtgärder mot trötthet på arbetet, framförallt på nattskiftet, förefaller en kort tupplur vara det mest effektiva motmedlet. Det finns ett stort motstånd mot denna åtgärd i Sverige. Förmodligen beror motståndet på en rädsla för att sovandet ska missbrukas, störa produktiviteten och kanske till och med försämra säkerheten. Denna riskvärdering är till viss del riktig. De potentiella besvären med att tillåta tupplurar på arbetet kan dock förebyggas genom att organisera sovandet enligt ett fastställt schema samt att tydliggöra skiftarbetarnas eget ansvar att se till att åtgärden inte missbrukas.” (Arbetstider, hälsa och säkerhet– en uppdatering av aktuell forskning, Göran Kecklund, Michael Ingre och Torbjörn Åkerstedt, Stressforskningsinstitutet, 2010)

På grund av skillnader hos individer och förutsättningarna lokalt på arbetsplatsen, så är delaktighet på arbetsplatsen kring arbetstiderna en viktig förutsättning för att vi ska kunna uppnå hälsosamma arbetstider.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att anse motionen besvarad.

Beslut

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

40. Tjänstledighetskvot

Motionär: Eva Lundin, avdelning Norrbotten

Jag anser att kvoten för tjänstledighet är alldeles för hög, 1.4 på 100 %. Det innebär att när man t ex är föräldraledig måste man ta ut hela månader för att inte tappa inkomst. Exempelvis om man arbetar med oregelbundna arbetstider och vill ta föräldraledigt en vecka får man ett löneavdrag motsvarande 2 veckor! Med tanke på att det kvinnodominerande yrkesgrupper i vårdförbundet och många väljer att gå ner i arbetstid mm. Jag förstår om det kanske regleras via AB, men många individer drabbas och jag anser att Vårdförbundet ska arbeta med den här frågan.

41. Kvotering och löneavdrag i samband med frånvaro

Motionärer: Marina Yllinika, Annika Brodin, Frida Nygren, Eva Öst, Helen Wall, Anna-Maria Jakobsson, Heidi Lindmark, Anna-Lena Berglund, Susanne Smått, Birgitta Bergström, Anna Åhsgren, David Lapvetelainen, Magnus Lindblom, Ulrika Broberg, Åsa Lindblom, Monica Brodin, Anki Ryman, Marie Springare, Hanna Kihlström, Samuel Hallneborg, Boel Johansson, Cathia Boqvist, Margareta Mannberg, Charlott Lycksell, Mattias Rydén, Shahandeh Seyfizadeh, Mia Isaksson, Malin Lind, Ida Vesterlund, Ann-Charlott Larsson, Sofia Lindkvist, Monica Bergström, Ulla Engman, Gunilla Sjöberg, Åsa Nordlund, Maria Burström och Sandra Högvist. Legitimerade sjuksköterskor från njurmedicin, Norrlands Universitetssjukhus.

Det nuvarande system som tillämpas vid sjukfrånvaro och föräldraledighet med mera är ett system som får orimliga konsekvenser, vilket senast sågs i senaste Vårdfokus februari 23011, där en sjuksköterska fick ett löneavdrag på närmare 8000 kronor efter att ha varit hemma med sjukt barn i 2 dagar. Själva uträkningen med kvotering vid tjänstledighet är matematiskt helt korrekt men konsekvenserna blir oförsvarligt högt ekonomiskt bortfall för den enskilde individen. Detta drabbar framförallt dem som har få arbetspass under sin schema period, bland annat nattarbete, deltid arbetare eller andra som av olika orsaker har färre arbetspass under pågående period. En karensdag kan få förödande konsekvenser, därtill förlorar många ersättningen för obekvämt arbetstid. I nuläget är den lägsta kvot som tillämpas 1,4 vilket förutsätter arbete minst 5 dagar per vecka under hela schema perioden, men det tycks inte finnas någon övre gräns för hur hög kvoten blir och ju högre kvoten blir desto större löneavdrag. Det vore rimligt att den lägsta kvoten 1,4 ska gälla alla.

Vi vill att Vårdförbundet arbetar för att kvoten vid ovan nämnda frånvaro tillfällen inte får överstiga 1,4.

Fakta/Bakgrund

Tjänstledighetsavdraget enligt kollektivavtalet med Sveriges kommuner och landsting har i alla tider varit en ständigt återkommande fråga som upplevs felaktig och orättvis.

Avdraget med kvot är korrekt utifrån att kommuner och landstings lönesystem använder lön per arbetsdag och inte kalenderdag. För varje arbetad dag tjänar man in lite lön för lediga dagar och arbetar man inte alla dagar då får man inte heller full lön alla lediga dagar. Kvoten är alltså ett avdrag för de lediga dagar som man därmed inte tjänat in. Helt riktigt

Försäkringskassan ersätter både sjukavdraget och föräldraledighet enligt andra principer. Därför blir det diskrepans mellan avdrag och ersättning. Detta är känt av politiker som förfogar över systemen, men ingen har hitintills velat ändra i ersättningsprinciperna. Vårdförbundet påverkar genom TCO i dessa frågor.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att anse motionerna besvarade.

Beslut

Kongressen beslutade att anse motionerna besvarade

42. Männens rätt till föräldraledighet under graviditeten

Motionär: Magnus Grabski avdelning Uppsala

I AB 08 § 29 mom 5 Föräldraledighet kan man läsa följande:

"Mom. 5 Om så nödvändigtvis måste ske under arbetstid får arbetstagare vid högst 2 tillfällen under graviditeten besöka mödravårdscentral. Under sådan ledighet utges ersättning som motsvarar 100 % av den lön som arbetstagaren enligt då gällande förläggning av ordinarie arbetstid skulle ha fått." Under graviditeten så går kvinnan på regelbundna besök hos barnmorskan. Även vi män blir involverade i förberedelserna inför förlossningen. Barnmorskan uppmanar pappan att följa med, att delta på föräldrautbildningar som är på dagtid. I dagens Sverige har det blivit naturligt att pappan tar en annan roll i förberedelsearbetet och förlossningen jämfört med på 60 och 70-talet. Därför yrkar jag att formuleringen i kollektivavtalet skrivs om så att den även omfattar pappans rätt att under mammans graviditet kunna få två dagar ledighet att använda till att kunna delta på föräldrautbildningar, följa med mamman på barnmorskebesöken. Vill att min motion även skickas till kongressen.

Fakta/Bakgrund

I AB 08 § 29, föräldraledighet, mom 5 finns text som reglerar besök under graviditeten på mödravårdscentral: "Om så nödvändigtvis måste ske under arbetstid får arbetstagare vid högst 2 tillfällen under graviditeten besöka mödravårdscentral. Under sådan ledighet utges ersättning som motsvarar 100 % av den lön som arbetstagaren enligt då gällande förläggning av ordinarie arbetstid skulle ha fått." Förslagsställaren skriver "Därför yrkar jag att formuleringen i kollek-

tivavtalet skrivs om så att den även omfattar pappans rätt att under mammans graviditet kunna få två dagar ledighet att använda till att kunna delta på föräldrautbildningar, följa med mamman på barnmorskebesöken.”

Någon motsvarande skrivning i de privata avtalen finns inte, utan vad som anges i AB 08 § 29 reglerar endast anställda inom Sveriges kommuner och landsting. På Försäkringskassans hemsida informeras blivande föräldrar att de kan delta i föräldrautbildningar som anordnas av mödravårdscentralerna och att bägge föräldrarna kan delta samtidigt i utbildningen och få föräldrapenning för samma tid. Skrivningen i AB 08 § 29 mom 5 kan uppfattas som könsneutral i och med att det anges ”arbetstagare”. SKL har dock gjort tolkningen att den enbart gäller gravida arbetstagare.

Styrelsen är positivt till andemeningen i motionen, dvs att båda föräldrarna skall ha likvärdiga möjligheter att delta vid MVC-besök. Ett kollektivavtal som stöder ett aktivt och jämställt föräldraskap kan vara en viktig del i detta. Paragrafen i AB 08 ger dock ingen rätt till ledighet, utan ger endast möjlighet till ledighet av den händelse att det inte går att förlägga besöket utanför arbetstid. Vårdförbundet skall självfallet arbeta aktivt för att skapa möjligheter för ett gott föräldraskap, både genom kollektivavtal och/eller trygghetssystemet. Med anledning av detta förslås

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att anse motionen besvarad.

Beslut

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

43. Betald ombytestid

Motionär: Helena Efraimsson, avdelning Västerbotten

Då arbete inom hälso- och sjukvård kräver särskilda kläder anser jag att arbetsgivaren även står för tiden som ombytet kräver. Jag föreslår att Vårdförbundet ska arbeta för att ombytet av kläder sker på arbetstid.

44. Arbetskläder/arbetstid

Motionär: Helen Wall, avdelning Västerbotten

Arbetsgivaren och hygienriktlinjer kräver att arbetskläder ska bytas 1 ggr/dag eller vid behov. På NUS fungerar inte detta eftersom det inte finns kläder så att det räcker till alla. Ibland får man gå runt i de olika plaggomaterna för att få ut kläder som passar och ibland finns det inte kläder att tillgå. Det finns en "central" med vagn där det ska finnas kläder om det inte finns någon annanstans, problemet är att denna "central" finns en bit bort. Personalen på dialysbehandlingen NUS föreslår därför att man ska få byta kläder på arbetstid. Från personalen på dialysbehandlingen NUS/Helen Wall förtroendevald

Fakta/Bakgrund

”Rena, fräscha arbetskläder och god hygien – viktiga grunder för ett professionellt arbete inom vård och omsorg. Riskerna för smittspridning minskar, vårdtagare och personal blir friskare och kan känna sig tryggare.” (Kerstin Mannerquist, Rikshygienjuksköterska, 2008)

Varken lagstiftning eller nationella kollektivavtal inom vårdsektorn innehåller någon rättighet att byta om till arbetskläder under arbetstid. ”Arbetstid” innebär enligt lagstiftning att arbetstagaren står till arbetsgivarens förfogande på arbetsstället och utför arbete eller kan börja arbeta om så behövs.

Förekomsten av speciella arbetskläder styrs på olika sätt. I vårdmötet finns det såväl för vårdtagaren som för yrkesutövaren krav som kan ställas utifrån dels utifrån regelverk dels utifrån etiska avvägningar. Exempelvis ställer Socialstyrelsen i olika författningar (SOSFS 2007:19, 2006:4 m.fl.) och allmänna råd krav på arbetskläder för att begränsa vårdrelaterade infektioner. Vårdförbundets fyra professioner har i sina respektive etiska riktlinjer krav som också indirekt påverkar valet av arbetskläder. Arbetsgivare kan också av verksamhetsskäl ställa krav på arbetskläder. Att använda arbetskläder som bekostats av arbetsgivaren kan därmed uppfattas såväl som en rättighet som en skyldighet. När det gäller användande av skyddskläder så är det i många fall en skyldighet för arbetsgivaren att tillhandahålla detta och också en skyldighet för den anställde att använda. Ofta sker på- och avklädning av speciella skyddskläder som ett moment i arbetet och utförs därför oftast på arbetstid.

Förutsättningarna för ombyte till arbetskläder skiljer sig kraftigt beroende på arbetsplats. Ett flertal faktorer påverkar, bland annat arbetsplatsens lokaler, kultur och verksamhet.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att anse motionerna besvarade.

Yrkande

Ombud 152. Yrkar bifall till motion 43

Ombud 83. att bifalla motion 43 och 44, utifrån ett vårdhygienperspektiv.

Beslut

Kongressen beslutade att avslå yrkandena från ombud 152 och 83.

Kongressen beslutade att anse motionerna besvarade.

45. Krafttag kring arbetsmiljön

Motionär: Eva Nordlund, avdelning Stockholm.

Vårdförbundet har arbetat mycket kring säker vård och våra professioners utveckling. Trots detta är vår arbetsmiljö på många ställen tung och gränsar till att det är stora svårigheter att bedriva säker vård. Arbetsmiljöverket och socialstyrelsen har inspekterat på flera sjukhus och

funnit allvarliga brister. Därför borde vårdförbundet sätta stort fokus på vår arbetsmiljö under de kommande åren och driva vår sak gentemot landsting, politiker och massmedia.

Fakta/Bakgrund

Arbetsmiljön i vården handlar också om patientens/vårdtagarens möjlighet till en säker vård utifrån alla perspektiv. Det handlar om att det finns resurser för att bedriva vården och kunskap och möjlighet till inflytande för chef och medarbetare på arbetsplatsen. Kommunikationen i hela linjeorganisationen måste öka för att ge återkoppling om vilka resultat som uppnås i vården på arbetsplatsen. Varje arbetsplats måste ha tydliga kommunicerade mål för verksamheten och första linjefeften ska kunna delta och kommunicera verksamhetens behov på verksamhetschefnivån. Det krävs en kunskap om helheten i vården i hela linjeorganisationen för att kunna återkoppla resultat till politiker om vårdens behov.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att anse motionen besvarad.

Yrkande

Ombud 151. Tilläggsyrkande till motion 45 att arbetsmiljökunskap och kompetens utvecklas inom hela förbundet.

Ombud 149. Bifalla motion 45. Arbetsmiljö är viktig utifrån min yrkesutövning och stödjer mig på arbetsmiljölagen. Vårdmiljön är viktig för patienten utifrån hälso- och sjukvårdslagen samt patientsäkerhetslagen. Arbetsmiljö och vårdmiljö är beroende av varandra och ska samverka för att båda ska fungera.

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla yrkandet från ombud 151.

Kongressen beslutade att avslå yrkandet från ombud 149.

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

46. Schemalagd friskvård

Motionär: Helena Efraimsson, avdelning Västerbotten

Forskning visar på att anställda som använder sig utav "friskvårdstimmen" mår bättre, både fysiskt och psykiskt. Avdelningar med hög andel som använder friskvårdstimmen har lägre sjuktal. Arbetsgivaren får kostnaden subventionerad. Därför vill jag att Vårdförbundet ska arbeta för att friskvårdstimmen kan schemaläggas.

Fakta/Bakgrund

Friskvårdstimmar, i form av fysisk aktivitet under betald arbetstid, är ett vanligt sätt för arbetsgivare att försöka påverka sina anställdas hälsa. Vad som visar sig på många

arbetsplatser är dock det låga utnyttjandet av friskvårdstimmar. Många undersöker hur man på bästa sätt motiverar människor till nya livsstilsvanor, men vems är egentligen ansvaret att friskvårdstimmar utnyttjas? Forskning har också visat på att motion kan minska risken för både hjärt- och kärlsjukdomar men också risken att drabbas av cancer minskar. Det viktiga är att röra på sig. En halv timmes promenad per dag kan räcka. Att tillhöra en profession och vara yrkesutövare i vården innebär också att man har ett ansvar för sin egen hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att avslå motionen.

Beslut

Kongressen beslutade att avslå motionen.

47. Förbättrade villkor vid rotationstjänstgöring – hälsokontroller

Motionär: Petra Söderlind, Emilia Engelmark, AnnSofie Eriksson, Camilla Grydén, Ulla Karin Spangenberg, Sara Hammarström, Camilla Nordlander, Ingrid Lundkvist, Helene Klang Jansson, Anna Olsson, Susanne Karlsson, Vivi Ekenberg, Sofi Appring, Ingrid Ragnar, Ann-Christine Sommar, avdelning Uppsala

Fler och fler arbetsgivare går ifrån tidigare dag- respektive nattjänster till rotationstjänster vilket innebär att personalen måste vara beredd på att arbeta alla dygnets timmar. Detta är naturligtvis bra ur arbetsgivarens perspektiv och verksamhetens då personalen kan användas mer flexibelt och när det passar verksamheten och dess behov. Tyvärr tyder dock aktuell forskning och våra egna erfarenheter på att detta sätt att arbeta till och med är mer negativt ur hälsosynpunkt än rena nattarbeten. Vi anser inte att man tagit hänsyn till denna nya kunskap och på ett tillfredställande sätt låtit detta avspeglas i avtalets innehåll. Vi menar att det behövs mer luft i systemet när man arbetar i rotation och växlar mellan dag och natt för att man skall kunna återhämta sig och orka med detta sätt att arbeta. Vi anser också att arbetsgivaren bör ha ett tydligare ansvar för sina anställdas hälsa. För att rotationstjänstgöring skall vara ett hållbart sätt att arbeta på yrkar vi därför på följande förslag:

Att arbetsgivaren erbjuder och bekostar alla med rotationstjänstgöring regelbundna hälsokontroller en gång per år.

Fakta/Bakgrund

Enligt nuvarande kunskap så finns ett samband mellan nattarbete och vissa sjukdomstillstånd. Läs mera i Kecklund, mfl, Stressforskningsinstitutets rapport nr 322. Finns på hemsidan. Det finns bestämmelser i Arbetsmiljöverkets föreskrift "Medicinska kontroller i arbetslivet", AFS 2005:06, (www.av.se) där paragraferna 63-67 innehåller regler beträffande hälsoundersökning. I 63 § står att "Läkarundersökningen omfattar arbetstagare i nattarbete. Härmed avses arbetstagare, som normalt utför minst tre timmar av dygnets arbete om natten eller som sannolikt kommer att fullgöra minst 38 % av årsarbetstiden om natten." I 65 § nämns: Arbetsgivare skall erbjuda läkarundersökning innan nattarbete påbörjas första gången.

I den offentliga vården är anställningsavtal med skyldighet att arbeta dag och natt numera den vanligaste anställningsformen vid nyanställning. Det är klarlagt att det är stora individuella

skillnader mellan olika individer vad gäller förutsättningar för att klara nattarbete. För att alla ska ha möjlighet till ett helt hållbart yrkesliv och få förutsättningar för en säker vård bör alla, som arbetar natt, erbjudas regelbundna hälsoundersökningar.

Regelbundna hälsokontroller är en fråga i arbetet med Sveriges kommuner och landsting om avtal 2011.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att anse motionen besvarad.

Beslut

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

48. Bröstcancer som arbetsskada

Motionär: Anne-Marie Johansson, avdelning Halland

Efter att ha läst i Vårdfacket om att man i Danmark har klassat bröstcancer som arbetsskada relaterat till nattarbete föreslår jag att Vårdförbundet arbetar för samma sak här.

Årsmötet 2009-09-23 avdelning Halland.

Styrelsens svar: Vi ser att denna fråga är av intresse för en stor del av Vårdförbundets medlemmar och anser därför att denna fråga bör behandlas nationellt.

Årsmötet beslutade att vidarebefordra förslaget till kongressen

Fakta/Bakgrund

Arbetsskadorna i Sverige bedöms och prövas individuellt till skillnad mot flera andra länder som har listor, vilket Danmark har, som anger sjukdomar som kan anses vara arbetsrelaterade. Det finns för få forskningsresultat i den medicinska forskningen på samband mellan bröstcancer och nattarbete. Arbetstagaren ska visa att det finns ett samband mellan besvären och arbetet enligt bevisreglerna som gäller enligt lag och avtal för att få en godkänd arbetsskada.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut Att anse motionen besvarad.

Yrkande

Ombud 166, 067, 100, 021 och 142: Yrkar att VF stödjer forskning som rör nattarbete och bröstcancer.

Ombud 167, 134, 35 och 101 Tilläggsyrkande. Att Vårdförbundet ska uppmuntra/finansiera forskningsprojekt kring bröstcancer som arbetsskada bland våra yrkesgrupper.

Ombud 118,123,47,156,57 och 91 TILLÄGGSyrkar att Vårdförbundet är med och stödjer forskning angående bröstcancer r.t nattarbetete/stress samt att Vårdförbundet tar med aktuella forskningsresultat från andra länder i arbetet.

Beslut

Kongressen beslutar att bifalla yrkandena.

Kongressen beslutar att anse motionen besvarad.

49. Rätt till företagshälsovård för arbetsskadade

Motionär: Tuula Kinnunen, avdelning Stockholm

Skyddsombud och ombud bör förhandla rätt till behandling hos företagshälsovård för arbetsskadade medlemmar. Det här fungerar inte idag i Stockholms äldrevård. Medlem som skadats på arbetet tex genom mobbning och psykiskt våld från chefsköterska blir lätt traumatiserad i brist på upprättelse, Det är viktigt att arbetsgivaren, Stockholms stad, förpliktigas att erbjuda långtids behandling åt alla medlemmar. Speciellt viktigt är arbetsgivarens skyldighet att råda bot på arbetsmiljöskador även för avskedade anställda. Det finns idag "papperslösa" sjuksköterskor som inte ens får vård hos företagshälsovården trots sina mycket djupa skador inuti. Alltså vård krävs för papperslösa och avskedade sjuksköterskor i alla lägen. Utvidga papperslösas rätt till vård att gälla vårdförbundets egna "papperslösa" medlemmar.

Fakta/Bakgrund

Enligt arbetsmiljölagen har arbetsgivaren ansvar för att vidta de åtgärder som behövs för att arbetstagaren inte utsätts för ohälsa för. Arbetsgivaren skall systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Samtliga medarbetare har också ett ansvar för att bidra till lösningar som gynnar en god och hälsosam arbetsmiljö för sig själv och för arbetskamrater. Arbetsgivare skall vidare enligt lagen se till att det finns en företagshälsovård att tillgå som svarar mot de behov som arbetsförhållandena kräver. Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. När anställningen upphört är det till vården som man som individ får vända sig.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut
Att anse motionen besvarad.

Beslut

Kongressen beslutar att anse motionen besvarad.

50. Karensdag vid arbetsförvärvad sjukdom

Motionär: Helena Efraimsson, avdelning Västerbotten

Jag tycker att vårdförbundet ska arbeta för att karensdagen inte tas ut vid arbetsförvärvad sjukdom, såsom exempelvis "vinterkräksjukan".

Fakta/Bakgrund

Enligt Lag (1991:1047) om sjuklön räknas den första dagen som man är frånvarande från arbetet på grund av sjukdom, som karensdag. De efterföljande frånvarodagarna räknas 80 % som sjuklön. Undantag från karensdag görs om man får beviljat "Smittbärappenning", då utgår ingen karensdag. Smittbärappenning beviljas om man måste avstå från arbete på grund av ett beslut enligt smittskyddslagen. I Smittskyddslagen (2004:168) finns angivet vid vilka sjukdomar som smittbärappenning kan utgå. Vinterkräksjukan finns inte upptagen i denna förteckning. Vid tidigare diskussioner om slopande av karensdag för svininfluensan hösten 2009, meddelade statssekreteraren åt dåvarande socialförsäkringsminister, att det är upp till arbetsgivaren hur den vill tolka lagstiftningen. Vidare sades att Regeringen inte tänkte öppna för en lagändring. Enligt statssekreteraren skulle det bli alldeles för dyrt att tvinga arbetsgivarna att slopa karensdagen, i grova drag skulle det kosta 3 miljarder kronor att tvinga arbetsgivarna att betala sjuklön för första dagen.

I den nu pågående utredningen om hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet finns inte frågan om slopande av karensdag inte alls med. Från politiskt håll finns inget intresse att lagstifta om slopande av karensdag för vissa sjukdomar utöver de sjukdomar som finns angivna i Smittskyddslagen. Rutinerna för slopad karensdag eller inte ser olika ut i lands-tingen. Vissa landsting har helt slopat karensdagen, de flesta har valt möjligheten att stänga av den anställde med full lön, under förutsättning att verksamhetschefen bedömer att den anställde är en smittorisk. En representant för Svenskt Näringsliv menade i en Sveriges Radio – Ekot intervju i augusti 2009 att det inte behövs någon lagändring eftersom "som lagen ser ut idag är det min uppfattning att den inte kan tolkas som ett betalningsförbud för karensdag."

Vid viss smitta som särskilt anges, oavsett om den erhållits i arbetet eller ej, kan smittbärappenning enligt lag erhållas varvid ingen karensdag erhålles. Vid sjukdom är det lagstiftarens avsikt att det ska vara en karensdag innan ersättning kan erhållas. Om försäkrad erhåller lön av arbetsgivaren under sjukdom för samma tid som sjukpenningen avser, skall sjukpenningen minskas med det belopp som lönen under sjukdom överstiger 10% av vad den försäkrade skulle ha fått i lön om denne arbetat.

Om arbetstagaren – efter det att arbetsgivaren hört läkare - förbjudits att arbeta för att förhindra att smitta sprids behåller arbetstagaren avlöningsförmånerna (AB § 10 mom 4). Förbundsstyrelsen eftersträvar allt fler möjligheter att anpassa avtalen till den lokala verksamheten.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut
Att anse motionen besvarad.

Beslut

Kongressen beslutar att anse motionen besvarad.

51. Arbetskadeförsäkring för anställda inom kommun och landsting

Motionär: Ulla Althin, avdelningsordförande Stockholm

Avdelning Stockholms styrelse har under 2010 erfarit att ett antal medlemmar smittats av TBC i sin yrkesutövning. Vissa av dessa personer har blivit latent bärare av sjukdomen. Detta skapar en stor oro även om personerna i fråga inte är sjukskrivna under tiden. Vissa medlemmar har behandlats för TBC, en medicinering och behandling som ger många biverkningar.

Avdelningsstyrelsen konstaterar att det idag finns ett antal allvarliga sjukdomar som vårdpersonal kan riskera att smittas under arbetstid. Sjukdomar med lång inkubationstid, som bland annat TBC, medför en lång och svår period under psykisk press för den drabbade. Dessa personer kanske inte blir sjukskrivna och framförallt inte sjukskrivna under en längre period. I nuläget omfattas inte dessa av försäkringen. Den drabbade borde trots detta kunna få viss ekonomisk kompensation även om de inte är sjukskrivna under längre tid, eller kanske inte heller har några aktiva symptom men lever med en ovisshet om framtiden.

Avdelning Stockholms styrelse yrkar att Vårdförbundets förhandlare tar upp frågan med berörda parter vad gäller olika försäkringar så snart som möjligt. Detta för att skapa lösningar i nuvarande och/eller kommande avtal för medlemmar som drabbas på detta sätt.

Fakta/Bakgrund

Försäkringsskydd vid arbetsskada

Trygghetsförsäkring vid arbetsskada TFA-KL, som gäller för anställda inom kommun och landsting, kompletterar reglerna i Socialförsäkringsbalken gällande arbetskadeförsäkring (LAF). Villkoren i de kollektivavtalade arbetskadeförsäkringarna för privat- (TFA), statligt (PSA), landsting och kommunalt (TFA-KL) anställda är i stort sett lika med någon marginell skillnad. AFA Försäkring prövar och lämnar ersättning vid arbetsskador. Ersättningarna i kollektivavtalet TFA-KL fokuseras på olycksfall i arbetet och inte på arbetssjukdomar.

Arbetsjukdom

För att rätten till ersättning från AFA enligt TFA-KL ska kunna prövas är huvudregeln att Försäkringskassan ska ha godkänt sjukdomen som en arbetsjukdom – men även arbetsjukdomar som inte prövas av Försäkringskassan kan ge rätt till ersättning. Förutsättningarna är att sjukdomen pågår i mer än 180 dagar och att den finns med på ILO-förteckningen över arbetsjukdomar. Sjukdomen ska också vara godkänd som arbetsskada av AFA Trygghetsförsäkring.

Vid arbetsjukdom lämnas ersättning enligt TFA-KL för hela inkomstförlusten och för sveda och värk bara om arbetsjukdomen har vållats av arbetsgivaren eller av en anställd hos denne. Det är den skadade som ska visa att arbetsgivaren eller en anställd har vållat skadan. Frågan om vållande prövas i Vållandenämnden. Vållandenämnden har prövat om arbetsgivaren varit vållande i flera TBC fall. I endast något fall har arbetstagaren (Vårdförbundets medlem) fått ersättning från TFA-KL då denne lyckats visa att arbetsgivaren varit vållande till TBC.

Arbetskadelivränta enligt lag om arbetskadeförsäkring (LAF) för inkomstförlust vid godkänd arbetsskada prövas först när arbetsförmågan är varaktigt nedsatt för minst ett år framåt på grund av arbetsjukdom eller arbetsolycksfall .

Smittsamma sjukdomar

För att omfattas av TFA-KL måste sjukdomen kvarstå i mer än 180 dagar och någon av de två nedan angivna situationerna föreligga:

Smitta vid ett laboratorium där arbete med smittämnet bedrivs.

Smittsam sjukdom som finns upptagen i § 5 Förordningen (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd och i en bilaga till förordningen.

Det krävs att man arbetat:

- på sjukvårdsinrättning eller
- i annat arbete som omfattat behandling, vård eller omhändertagande av smittförande person eller
- vid omhändertagande eller hantering av smittförande djur eller material

Om smittan räknas som arbetssjukdom, krävs att den skadade kan visa vållande för att full ersättning enligt TFA-KL för inkomstförlusten skall kunna erhållas samt ersättning för sveda och värk. (Har smittsam sjukdom uppkommit till följd av ett olycksfall i arbetet t ex då man sticker sig på en kanyl eller skär sig på ett föremål gäller i stället reglerna om olycksfall i TFA-KL.)

Smittbärare

Latent TBC är inte en fullt utblommad sjukdom utan är ett förstadium till TBC. I ovannämnda förordning (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd anges i bilaga att arbetsskada kan t ex smittsamma sjukdomar såsom tuberkulos och olika typer av hepatit vara.

Smittbärare kan bl a vara den som antas ha en smittsam sjukdom exempelvis TBC utan att förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen. Om arbetstagaren måste avstå från förvärvsarbete kan smittbärrpenning enligt Socialförsäkringsbalken erhållas vilken motsvarar den försäkrades sjukpenning.

Enligt kollektivavtalet för anställda i landsting, kommun, region och Pacta, AB § 10; mom 4, kan arbetstagare förbjudas att arbeta för att förhindra att smitta sprids. Arbetstagare behåller avlöningsförmåner under ett sådant förbud.

Övrigt

Samma regelverk gäller Vårdförbundets och Läraförbundets medlemmar och i princip även Polisförbundets medlemmar. Polisförbundet har anmält sin oro för att medlemmarna ska smittas av TBC till Rikspolisstyrelsen men har ännu inte haft något fall.

Vårdförbundet har redan i Offentliganställdas Förhandlingsråd (OFRs beredningsgrupp för pensions- och försäkringsfrågor) tagit upp problemet om det ringa skydd som finns i TFA-KL för arbetssjukdomar och smittsamma sjukdomar. Ersättningarna från TFA-KL (TFA) vid sjukdom försämrades i början av 2000-talet. Under senare år har allt fler fall av TBC upptäckts i Sverige. Tidigare generationer har haft ett skydd mot TBC då allmän vaccination genomfördes. Vårdförbundet ska arbeta för att allmän vaccination av befolkningen mot TBC kommer att införas. För att skydda arbetstagare mot att utsättas för smitta vid vård av patienter med TBC bör förutsättningen vara att de har vaccinerats.

**Förbundsstyrelsens förslag till beslut
Att anse motionen besvarad.**

Beslut

Kongressen beslutar att anse motionen besvarad.

52. Angående ersättning till medlemmar från arbetsgivare vid all form av blodsmitta

Motionär: Karin Fredriksson, legitimerad sjuksköterska, IVA/Alingsås lasarett
Vårdförbundet bör absolut driva en aktiv kamp för att medlemmar får ersättning för det lidande den utsätts för vid blodsmitta. Nivån bör avgöras efter om det blir ett livslångt lidande, som leder till död eller i de fall - ovisshet om. Att utsättas för blodsmitta är lika hemskt för personal som för patienter och bör betraktas lika allvarligt.

Som sjuksköterska beaktar man skyddsåtgärder dock räcker inte detta alltid och detta ska inte ses som att man får "skylla" sig själv. Det vore självklart att ersättning utgår till drabbad personal.

Avdelningsstyrelsens svar på motion

Motionären vill att Vårdförbundet driver en aktiv kamp för att medlemmar får ersättning för det lidande som den utsätts för vid en blodsmitta och att nivån bör avgöras utefter lidandets svårighet.

Bakgrund

Motionären belyser en viktig fråga för Vårdförbundets yrkesgrupper. Sjukvårdspersonal utsätter sig dagligen för risken att smittas av infekterat blod som kan leda till olika sjukdomar. Att drabbas av blodsmitta innebär inte bara en svår fysisk och psykisk påfrestning utan också ofta en ekonomisk förlust då behandling och sjukskrivning kan pågå under en lång period. Det kan i värsta fall leda till ett kroniskt tillstånd som kan leda till en för tidig död.

Att smittas under yrkesutövning räknas som en arbetsskada och skall anmälas som sådan till Försäkringskassan. Om du omfattas av kollektivavtal ska det även anmälas till AFA försäkringar. För att skadan skall godkännas som arbetsskada av Försäkringskassan krävs bevisföring mellan skada/sjukdom och skadetillfälle. Det är därför oerhört viktigt att dokumentera när något händer såväl avvikelser som arbetsskada.

En stickkada som uppstår i samband med vård av blodsmittad patient, ska enligt Arbetsmiljöverket § 2, anses som ett allvarligt tillbud även om smitta inte överförs till vårdaren. Arbetsgivaren ska genom systematiskt arbetsmiljöarbete och uppföljningar av detta, förhindra att liknande situationer uppstår. Arbetstagare och skyddsombud ska begära att åtgärder sätts in för att i högsta grad minimera riskerna för blodsmitta redan i det förebyggande arbetsmiljöarbetet mot stickskador.

Det gällande socialförsäkringssystemet är konstruerat så att den skadade kan få, efter prövning, ersättning för inkomstförluster och till viss del ersättning för invaliditet. Nivåerna på ersättning är låga och inte i nivå med övriga Europa.

Ersättningar från Försäkringskassan

Under sjukperioden ersätts man utifrån gällande regler från försäkringskassan vid sjukskrivning. Om den skadades förmåga att skaffa sig inkomst genom arbete blivit nedsatt med minst en femtondel, till följd av en arbetsskada kan livränta utges. Livräntan ska täcka

den inkomstförlust som uppstår på grund av skadan upp till 7,5 prisbasbelopp. Ersättning kan också betalas ut under vissa förutsättningar enligt lag om ersättning till smittbärare (1989:225). En smittbärare har rätt till smittbärappenning om han/hon måste avstå från förvärvsarbete då det finns risk för överföring av smitta till andra människor. Ekonomisk invaliditet kan ge ytterligare ersättning. Detta om den skadade får en inkomstförlust på grund av den arbetsförmåga som skadan medfört.

Ersättningar från kollektivavtalsförsäkringar

TFA-KL är en arbetsskadeförsäkring som omfattar den anställde vid arbetsskada och blodsmitta. Ersättningen vid arbetsskada ser olika ut beroende på skadans art och hanteras tillsammans med respektive försäkringsansvarig hos arbetsgivaren.

Vårdförbundet har nyligen tillsammans med TCO-rättskydd drivit en aktiv kamp och stöttat en medlem som överklagat både Försäkringskassans och Länsrättens beslut att avslå begäran om livränta efter friskförklaring. Kammarrätten tog upp ärendet och har beslutat i ärendet (DOM 2009-05-27) att psykiskt lidande efter en blodsmitta berättigar till arbetsskadelivränta även efter den fysiska friskförklaringen, vilket nu kan bana väg för andra som fått en allvarlig blodsmitta godkänd som arbetsskada. Vårdförbundet har uppvakttat regeringen i frågan kring stick- och skärskador som leder till hepatit C för vårdpersonal. Vårdförbundet anser att det skall betraktas som yrkesskada.

Nyligen har en överenskommelse träffats mellan den europeiska arbetstagarorganisationen EPSU, där Vårdförbundet är medlem, och HOSPEEM, där SKL är medlem. Detta innebär att EU-länderna ska förbättra det förebyggande arbetet mot stick- och skärskador genom bland annat bättre riskbedömningar, information och utbildning.

Läs mer information under Stick- och skärskador här på vår webbplats.

Avdelningsstyrelsen ställer sig bakom motionärens uppfattning om att ersättningsnivåerna är för låga vid blodsmitta.

Avdelningsstyrelsen föreslår representantskapet besluta:

att bifalla motionen

att motionen förs vidare till Vårdförbundets kongress

Fakta/Bakgrund

Förutom arbetsskadelivränta för inkomstbortfall enligt Socialförsäkringsbalken och/eller livränta enligt TFA-KL kan ersättning från TFA-KL erhållas om villkoren därför uppfylls för fysiskt och psykiskt lidande av övergående natur (sveda och värk) samt av bestående art (lyte eller annat stadigvarande men) erhållas då den akuta sjukdomstiden upphört. Ersättningens storlek (är skattefri) vid sveda och värk beror på skadan, behandlingen och läkningstiden.

Ersättningen vid lyte och men (är skattefri) beror på graden av medicinsk invaliditet och ålder och om skadad återgår i arbete minst 25% efter skadan eller inte. Som hjälp för att fastställa ersättningarna används tabeller som i princip används av samtliga försäkringsbolag i Sverige. Normgivande för ersättningarna är Trafikskadenämndens tabeller. Ersättningarna blir på så vis mer likartade oberoende på vilket försäkringsbolag som den skadade omfattas av.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut

Att anse motionen besvarad.

Yrkande

Ombud 151. Yrkar på bifall på motion nr 52.

Beslut

Kongressen beslutar att avslå yrkandet från ombud 151.

Kongressen beslutar att anse motionen besvarad.

53. Försäkring som medlem tecknat via Vårdförbundet i SalusAnsvar

Motionär: Birgitta Böhm Malmberg, Leg. Sjuksköterska, allmän medicin kirurgi spec.
Medlem över 65 år som fortfarande är i tjänsteutövning är idag ej fullt ut försäkrad som före 65 års ålder. Detta är en diskriminering! av ålder, då arbetet i vården innehåller desamma arbetsuppgifter som tidigare med alla risker som förekommer. Vårdförbundet måste ändra på dessa regler för försäkringarna som medlem tecknat via Vårdförbundet och Salus Ansvar.

Fakta/Bakgrund

Utgångspunkten när det gäller diskriminering är att försäkringar enligt Diskrimineringslagen 2 kapitlet, §12 är undantagna. Det föreligger därvidlag ingen diskriminering.

När det gäller vilken grad av försäkringsskydd som är möjligt att behålla efter 65 års ålder så skiljer sig inte Salus Ansvars grupplivförsäkring i någon väsentlig grad från övriga grupplivförsäkringar på marknaden.

Beroende på vilka individuella val man gjort i sin grupplivförsäkring så kvarstår följande försäkringar med ett reducerat försäkringsskydd efter 65 års ålder;
Olycksfallsförsäkringen som har reducerats med 2,5 %/år från 45 års ålder.
Livförsäkringen som har reducerats med 2,5 %/år från 46 års ålder med ett kvarstående försäkringsskydd på 1 prisbasbelopp (42800 kr, 2011) efter 65 års ålder.
Försäkringsbeloppet förblir dock oreducerat om den försäkrade avlider före 65 års ålder och efterlämnar arvsberättigade barn under 18 år.

Yrkesförsäkringen som Salus Ansvar också tillhandahåller kan dock behållas livet ut.

I dagsläget har vi 485 yrkesverksamma medlemmar i landstingen och 132 från kommunerna (baseras på 2009 års lönefiler) som fyllt 65 år. Av dem så är 325 medlemmar i grupp-försäkringen. Salus Ansvar är inte främmande för tanken att öppna upp en möjlighet för yrkesverksamma medlemmar över 65 år att behålla/komplettera sitt försäkringsskydd.

Vårdförbundet kommer att aktualisera frågan om regelverk för de som är yrkesverksamma efter 65 år.

Förbundsstyrelsens förslag till beslut
Att anse motionen besvarad.

Beslut

Kongressen beslutade att anse motionen besvarad.

19.2 Vårdförbundets idé om en hälsosam vårdmiljö

En hälsosam vårdmiljö är förutsättningen för en god och säker vård som leder till bra resultat för vårdtagaren, god hälsa för vårdens medarbetare och ökad folkhälsa i samhället.

Vårdmiljön är allt det som sker i vården och som påverkar vårdtagaren och yrkesutövaren. Det handlar både om det som avgränsas som arbetsmiljö och den miljö som vårdtagaren möter. Vårdmiljö kan också beskrivas som det sammanhang där vårdmötet sker och där vårdens resultat kan mätas.

Som ledande auktoriteter i vården har sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor ansvar för att vården är säker för såväl vårdtagare som sig själv. Men för att nå den bästa vårdmiljön måste förutsättningarna för yrkesutövandet och villkoren för medarbetarna integreras i fördelningen av vårdens resurser, planering och genomförande. En hälsosam vårdmiljö ger bästa möjliga hälsa för vårdtagaren, men också för vårdens medarbetare och den enskilda yrkesutövaren.

Det goda vårdmötet

Vården är till för vårdtagaren. Det är för att möta individens behov av hälsa och helhet som våra yrken finns och har ett självständigt ansvar att bidra med sin kunskap. Vårdmötet är kärnan i vården och mötet kan vara såväl direkt som indirekt, både att möta vårdtagaren fysiskt och ta hand om till exempel ett laboratorieprov. Målet för vårdmötet är att främja och bibehålla hälsa. Ett bra vårdmöte innebär att vårdtagarens behov tillgodoses samtidigt som hänsyn tas till yrkesutövarens behov och rättigheter. Miljön på arbetsplatsen ska alltid förebygga ohälsa och olycksfall, men vårdmiljön ska också ge medarbetaren möjlighet till personlig och yrkesmässig utveckling, självbestämmande och utrymme att ta sitt yrkesansvar.

Ett bra vårdmöte innebär att vårdtagarens behov tillgodoses samtidigt som hänsyn tas till yrkesutövarens behov och rättigheter.

Arbetsbelastning och höga krav på arbetsorganisationen

Arbetet inom vården präglas av högt tempo, stor arbetsmängd och många, komplexa arbetsuppgifter under tidspress. Omvärldens krav på hög kvalitet, ständiga förbättringar och tillgänglighet tillsammans med den allt snabbare kunskapsutvecklingen har ökat arbetsbelastningen. Arbetsorganisationen har inte förändrats i samma takt som vården utvecklas och är inte anpassad till de krav som idag ställs. I nuvarande system är det svårt att få tid till återhämtning och reflektion. Utrymme för kollegialt utbyte och att samla ny kunskap är begränsat. Du förväntas göra mer och bättre men förutsättningarna för detta är inte tillräckliga. Arbetsorganisationen måste på ett bättre sätt anpassas till och svara mot de behov och krav som ställs. Alla medarbetare ska kunna använda sin kunskap fullt ut och vårdtagaren ska alltid känna sig trygg och säker.

Ansvar och befogenheter förändras med ökad kunskap och ökad erfarenhet. Inom arbetsorganisationen ska det finnas utrymme att utvecklas i sitt yrke, att lära mer, delta i utvecklingsarbete och bidra till en säker vård. Ett bra vårdmöte innebär att vårdtagaren alltid får möta den bästa kompetensen utifrån sina behov. Det ska inte vara slumpen som avgör vilken kunskap och kompetens vårdtagaren möter utan arbetet ska organiseras med rätt kompetens på rätt plats och vid rätt tid.

Arbetet ska organiseras så att varje yrkesutövare kan använda sin kunskap fullt ut. Det ska vara skillnad i ansvar, befogenheter och uppgifter för den som har grundläggande utbildning respektive specialistutbildning.

För att få en sammanhållen vård måste arbetsorganisationen också kunna möta behovet av att forma team med olika yrkesutövare utifrån vårdtagarens behov. Olika enheter måste kopplas samman för att hålla ihop vårdens olika processer.

Arbetsorganisationen ska bygga på kunskap och kompetens, ge utrymme för egna val samt stimulera till professionell yrkesutveckling.

Lagstiftning och kollektivavtal är grundläggande förutsättningar som stöd för individens och arbetsplatsens utveckling.

Arbetsorganisationen ska ta hänsyn till medarbetarnas unika kunskap, kompetens och ambitioner för att nå en hälsosam vårdmiljö.

Öppenhet och utrymme för ständiga förbättringar

För att kunna arbeta på ett sätt som främjar hälsa och som tillvaratar kompetens och erfarenheter i hela vårdsystemet, måste det finnas utrymme för att reflektera, ompröva och lära nytt och att föra dialog om lösningar i olika situationer och i planeringen av verksamheten.

Det kräver en öppenhet och ett tillåtande/medskapande förhållningssätt kring hur kunskap ska samspela och användas där den bäst behövs. En god vårdmiljö kräver kunskap om helheten i vården och vårdens processer. Om att se sin egen roll i helheten och sina behov för att uppfylla kraven för en god och säker vård.

Kunskap om orsak och samband i vårdmiljön och hur den kan förbättras ger arbetstillfredsställelse och bidrar till att säkerställa kvaliteten i mötet med vårdtagaren. Att arbeta preventivt för att spåra risker och förbättra verksamheten skapar trygghet både för vårdtagaren och för yrkesutövaren. Det kan handla om allt ifrån hot och våld, stick- och skärskador, bemötande, hygien och säker läkemedelshantering.

Preventivt arbete, mätningar och uppföljning är viktigt för att spåra och förebygga risker och förbättra vårdmiljön.

Hälsosam arbetstid

Vår kunskap behövs under årets alla dagar och dygnets alla timmar. Det är viktigt att ta hänsyn till hälsa och säkerhet både för vårdtagaren och för alla yrkesutövare när arbetstiderna planeras. Arbetstidsförläggningen är en viktig del i planeringen av verksamheten och för att nå verksamhetens mål. Att som medarbetare ha inflytande och vara med och planera sin arbetstidsförläggning är en viktig förutsättning för en hälsosam vårdmiljö. Balans mellan

arbete, vila och fritid är en viktig förutsättning för ett hållbart yrkesliv. Vi vill se en hälsosam vårdmiljö där alla medlemmar orkar arbeta ett helt yrkesliv.

Alla ska ha rätt till heltidsanställning. Den anställde ska ha möjlighet att själv välja arbetstidsmått.

Det ska vara lätt att göra rätt

Organisationen måste ha en god säkerhetskultur och kunna förebygga att misstag begås i mötet med vårdtagaren. Det ska vara lätt att göra rätt och svårt att göra fel. Grundläggande ska vara att den vårdtagaren möter alltid är utvilad, har rätt kunskap och inte känner stress. Alla dessa faktorer påverkas dels av hur arbetet är organiserat men också av hur arbetstiden är förlagd.

Det finns forskning som visar sambandet mellan arbetstiderna, hälsan och livssituationen. Den kunskapen är viktig att ha med när verksamheten och arbetstidens förläggning planeras. Såväl medarbetarna som chefen måste känna till hur oregelbundna arbetstider kan påverka den egna hälsan och vilka arbetstidsfaktorer som ökar riskerna för säkerheten och/eller hälsan.

Flera studier visar att funktionsförmågan drastiskt minskar när det inte finns möjlighet till spontana pauser. Arbetet bör organiseras så att det finns utrymme för variation och pauser under arbetspasset.

En god säkerhetskultur kräver att sambanden i vårdmiljön är kända och att arbetet planeras för att undvika skador och risker för såväl vårdtagare som yrkesutövare.

Inflytande, delaktighet och deltagande

Att bli bekräftad och att få återkoppling på hur chefen och kollegorna uppfattar ens arbete är en viktig hälsoaspekt. En annan är att själv delta i planeringen av verksamheten och påverka sina egna arbetsförhållanden som ansvar, uppgifter och arbetstider.

Det måste finnas en öppen kommunikation genom alla beslutsnivåer om arbetsplatsens behov i förhållande till hur resurserna ska fördelas. Resurserna måste fördelas så att de mål som sätts för verksamheten är möjliga att nå.

Forskning visar att möjligheten att påverka sitt arbete och sin arbetstid är avgörande för hur arbetet utförs och därmed vilket resultat som uppnås. Forskningen visar också att ökat inflytande över arbetsuppgifter och arbetstid motverkar hälsorisker. Att känna arbetstillfredsställelse är viktigt för att bibehålla hälsa och välbefinnande och skapa engagemang och utveckling.

Delaktighet ställer också krav på deltagande för att få inflytande. Det är viktigt att den kunskap och de erfarenheter som finns om hur vården blir säker, förbättras och effektiviseras används men det förutsätter också att den som har kunskap delar med sig av den. Varje yrkesutövare har ett eget ansvar att använda, utveckla och söka ny kunskap. Varje arbetsorganisation ska ha utrymme – tid och kultur – så att varje medarbetare kan använda sin kunskap, dela med sig av sina idéer och erfarenheter för att tillsammans med chef och kollegor planera, genomföra och utvärdera verksamheten.

Inflytande, delaktighet och deltagande är viktigt för att bibehålla hälsa och välbefinnande.

Tid för reflektion

Inom vården krävs många etiska ställningstaganden. För vårdens yrkesutövare måste det finnas tid och utrymme för att hantera svåra situationer, prioritera, fatta etiskt grundade beslut och möta vårdtagare och närstående med värdighet och respekt. Tid för samtal och reflektion med både kollegor, vårdtagare och andra yrkesutövare är en viktig del av detta. Missförstånd i kommunikationen är en av de stora säkerhetsriskerna i vården som vi vet leder till vårdskador som kan undvikas. När tiden inte räcker till för etiska reflektioner och beslut eller om yrkesutövaren på andra sätt känner sig otillräcklig kan yrkesutövaren utsättas för så kallad samvetsstress, vilket påverkar både prestationen och hälsan negativt.

Arbetet ska organiseras med utrymme för variation, pauser, reflektion och egen utveckling.

Förutsättningar för ett värdigt bemötande

Att ständigt möta nya människor, med nya förutsättningar, behov och önskemål kräver en personlig reflektion kring den egna yrkesrollen, relationer till människor och andra professioner i vårdteamet.

Med ett värdigt bemötande skapar vi en relation till vårdtagaren där grunden är trygghet och tillit. Ett värdigt bemötande ställer krav på yrkesutövaren så att vårdtagaren får tillgång till rätt råd och stöd, känner sig sedd och lyssnad till. Men det ställer också krav på den fysiska delen av vårdmiljön. Lokaler, ljud, ljus, möblering påverkar vårdtagaren och därmed yrkesutövarens förutsättningar för att möta vårdtagaren på bästa sätt.

Om vårdtagaren känner sig trygg och har tillit påverkas upplevelsen av hälsa på ett positivt sätt. Utöver de rent medicinska och fysiska insatserna handlar läkeprocessen också om att skapa trygghet och tillit. Först då blir det möjligt att nå de bästa resultaten.

Det är viktigt att yrkesutövarna har en bra dialog på arbetsplatsen för att skapa goda förutsättningar och resurser för bemötandet i vårdmötet. En självständig yrkesutövare ställer krav, men är också medveten om att de egna kraven ska balanseras mot flera olika behov.

Goda förutsättningar för bra bemötande förebygger misstag och bidrar till att öka säkerheten i vården. En öppen kultur ska tillåta samtal och diskussioner om svårigheter, fel och misstag i arbetet och det ska finnas tid för samtal, reflektion och diskussion inom teamet och mellan kollegor .

Det är viktigt att yrkesutövarna har en bra dialog på arbetsplatsen för att skapa goda förutsättningar och resurser för bemötandet i vårdmötet.

Att ständigt möta nya människor kräver utrymme för personlig reflektion hos samtliga yrkesutövare.

Kommunikation, dokumentation och eHälsa

En fungerande kommunikation med vårdtagaren och mellan olika yrkesutövare är en förutsättning för en god vårdmiljö. Dagens informationssystem har många brister, både vad gäller muntlig kommunikation, dokumentation och administrativa stödsystem.

Vårdens informationssystem ska vara uppbyggda så att de stödjer vårdens processer, främjar en god kommunikation och stödjer vårdmötet. Systemen ska vara enkla och effektiva att använda samt underlätta uppföljning av verksamheten. En mer strukturerad och

standardiserad information och kommunikation förbättrar effektiviteten och säkerheten. Exempel på standardiserade muntliga rapporteringssystem är SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation). Med standardiserade och evidensbaserade vård/aktivitetsplaner minimeras dokumentation av normala tillstånd och förlopp.

För att yrkesutövaren skall kunna få en samlad information om individen oavsett vårdgivare ska informationssystemen grundas på gemensamma och standardiserade termer och begrepp. Det är också en förutsättning för uppföljning, planering, forskning och utveckling. Vården behöver planera för och avsätta resurser för att representanter för samtliga professioner ska kunna delta i arbetet med att standardisera termer och begrepp.

Kompetens inom eHälsa är en förutsättning för att yrkesutövaren ska kunna arbeta utan att riskera såväl sin egen hälsa som vårdtagarens säkerhet samt kunna medverka i verksamhetsutvecklingen. Hälsoinformatik måste vara en naturlig del av vård- och omsorgsutbildningarna på alla nivåer. Det krävs kontinuerlig utbildning för att upprätthålla kompetensen i verksamheten och det behövs därför särskilda satsningar på utbildning för befintlig personal.

Utveckling av vårdens informationssystem och IT-stöd är en viktig del av vårdens verksamhetsutveckling. För att de ska bli så säkra och ändamålsenliga som möjligt måste vårdens professioner delta i utveckling och uppföljning.

Vårdens professioner måste delta i utveckling och uppföljning av vårdens IT-system och kommunikationsstöd.

Kontinuerlig kunskaps- och kompetensutveckling

Det är vårdmötet och vårtagarens behov som tillsammans med verksamhetens mål ska avgöra vilken kunskap och kompetens som krävs på arbetsplatsen, hur arbetsorganisationen ska utformas, vilken kunskap som ska finnas vid olika tider på dygnet och hur arbetstiden ska förläggas utifrån detta.

En verksamhet är aldrig statisk, utan måste hela tiden omprövas och omvärderas. Vårdens system måste organiseras så att kunskap och kompetens systematiskt och medvetet bidrar till verksamhetsförbättring. Kunskap och kompetens måste utvecklas kontinuerligt i teamet och på arbetsplatsen. Den kliniska verksamheten är också ett område för kunskapsutveckling. Forskning och utveckling ska vara en integrerad del i verksamheten för att stärka sambandet mellan akademi och klinik.

Verksamhetsplaneringen måste alltid innehålla utrymme för den kompetensutveckling som behövs för att nå målen. Det handlar om kontinuerlig fortbildning, behov av specialistutbildning och vilken grundläggande kunskap som måste finnas. För att säkerställa kunskapsutvecklingen i verksamheten måste det finnas tillgång till specialistutbildning för Vårdförbundets fyra yrken. Samverkan mellan lärare vid universitet och högskolor, kliniskt verksamma samt studenter spelar stor roll för att få kontinuerlig kunskapsutveckling.

För att verksamheten ska utvecklas och vara säker med hög kvalitet, måste kunskap och kompetens utvecklas kontinuerligt.

Utrymme för kompetensutveckling, forskning och utveckling och tillgång till aktuell forskning för att kunna tillämpa bästa kunskap i varje vårdmöte.

Ledarskap och medarbetarskap

Vårdens ledarskap ska integrera och balansera politikernas, vårdtagarnas, närståendes och yrkesutövarnas behov och önskemål. Sambandet mellan arbetsorganisation, arbetstidens förläggning, vårdens innehåll, individens hälsa och löneutvecklingen är det sammanhang som chefen leder. Hon/han måste därför ha ledningens förtroende, så väl som hela ansvaret och samtliga befogenheter som rör ledning av arbetet och arbetstiden.

Arbetsorganisation är ett sätt att beskriva hur man vill använda kunskap och resurser för att nå verksamhetens mål. Första linjens chef ansvarar för att arbetsorganisationen fungerar och att vårdmiljön är god – att förutsättningarna är så bra som möjligt för att yrkesutövarna ska kunna bidra med sin kunskap. Att organisationen är flexibel och tar hänsyn till respektive medarbetares unika kunskap, kompetens och ambitioner är helt nödvändigt för att nå en hälsosam vårdmiljö.

I vården arbetar flera professioner som har en ställning som var för sig har ett samhällsuppdrag, eget yrkesansvar och egen etisk kod. Ledarskapet spelar en viktig roll för att hålla ihop system och process så att rätt kunskap når fram till varje vårdtagare – direkt eller indirekt. Vårdens ledarskap ska också göra det enklare för var och en av vårdens yrkesutövare att se sin egen insats som en del av en helhet.

Ledarskapet ska stödja yrkesutövarnas engagemang, reflektion och självutveckling samt främja en miljö där lärande och information kan utbytas. Inflytande och kompetensutveckling är viktiga framgångsfaktorer. Det krävs ett ledarskap som kan leda och utveckla vården, leda auktoriteter och leda ett samhällsuppdrag på en och samma gång.

Första linjens chef måste ha ledningens förtroende, så väl som hela ansvaret och samtliga befogenheter för att leda och utveckla verksamheten.

Vårdens ledarskap ska möjliggöra för vårdens yrkesutövare att se sin egen insats som en del av en helhet.

Förslag till beslut

Att godkänna förslaget Vårdförbundets idé om hälsosam vårdmiljö.

Yrkande

Sid1:

Ombud 149. Tilläggsyrkande, rubriken vårdmiljö/ARBETSMILJÖ tillägg arbetsmiljö för att visa på sambandet

Ombud 155. Yrkar på ändring av första stycket: en hälsosam vårdmiljö är förutsättning för en god hälsa för vårdens medarbetare och ökad folkhälsa i samhället. Det ger en god och säker vård som leder till bra resultat för vårdtagaren

Ombud 155. Yrkar på omflyttning av stycken flytta "det goda vårdmötet" till efter "förutsättningar för ett värdigt bemötande"

Ombud 58 och 150. Tilläggsyrkande kursiv text hänsyn "måste" tas

Ombud 55, 126, 200, 135, 88 och 154. Yrkar på ändring i formuleringen s 1 under rubriken Det goda vårdmötet... Den kursiva texten ändras till Ett bra vårdmöte innebär att vårdtagarens behov tillgodoses samtidigt som yrkesutövarens behov och rättigheter också måste vara tillgodosedda.

Sid 2.

Ombud 98. Tilläggsyttrande lägg till specialistkunskap sista i meningen på sid 2, 3:e stycket

Ombud 87. Yrkar på ändring av tredje stycket sidan 2 , ändra ordet specialistutbildning till specialistkunskap.

Ombud 101, 167, 134 och 190. Tilläggsyrkande: i slutet på andra hela stycket. "respektive specialistutbildning"/specialistkunskap.

Ombud 109. Tilläggsyrkande sidan 2 3:e stycket .. efter specialistutbildning . lägga till / specialistkunskap

Ombud 019, 112, 078, 177, 139 och 050. Tilläggsyrkande:3.e stycket:...grundläggande utbildning, specialistkunskap resp. specialistutbildning.

Ombud 160. Ändringsyrkande ordningsföljd på styckena. 1=En hälsosam.... 2=Hälsosam arbetstid 3= arbetsbelastning.... 4= öppenhet... 5= det ska vara lätt... 6= inflytande.... 7= tid för refl... 8= förutsättningar... 9= det goda ... 10= kommunikation...

Sid 3:

Ombud 37. Ändringsyrkande: 1:a stycket sidan 3 sista meningen. Byt ordet orka mot "ges förutsättningar att".

Ombud 189. Yrkande: Att förbundsstyrelsen gör en källhänvisning till sista stycket under Inflytande, delaktighet och deltagande, eftersom man hänvisar till forskning.

Ombud 191. Tilläggsyrkande Där det hänvisas till forskningsstudier är det viktigt med källhänvisning. Stycke 4 och stycke 9

Ombud 155. Yrkar på att flytta "hälsosam Arbetstid" till sidan 2 efter inledningen

Ombud 115,46, 140, 74, och 173. Under rubriken Hälsosam arbetstid kursiverade stycket ett tillägg efter sista påståendet: Ett förändrat heltidsmått för att möjliggöra ett hälsosamt yrkesliv, från nyutexaminerad till uppnådd pensionsålder.

Ombud 86. Yrkar på tillägg under "hälsosam arbetstid" kursiv text. att den anställde skall ha möjlighet att påverka sin arbetstidsförläggning

Ombud 9.1 Hälsosam arbetstid sid 3 andra stycket tillägg till kursiva" att medarbetaren ska ha inflytande och vara med och planera sin arbetstidsförläggning"

Ombud 55, 126, 200, 135 och 154. Yrkar på ändring i formuleringen s 3 under rubriken Hälsosam arbetstid. Vi vill lägga till Alla ska ha rätt och möjlighet till heltidsanställning.

Ombud 067. Yrkar på att sid 3 första stycket Hälsosam arbetstid, där vill jag ha tilläggstext till den kursiverade texten att "Vikten av Hälsosamma arbetstider utifrån aktuell forskning utifrån "Arbetstider-Hälsa-Säkerhet" ska beaktas vid arbetstidsförläggning.

Sid 5:

Ombud 86, 188 och 122. Yrkar på tillägg högst upp kursiv stil överst efter yrkesutövarna ges tid och möjlighet för en bra dialog.....

Ombud 87. Yrkar på tillägg av orden" utrymme för" i första stycket på sidan fem efter Det är viktigt att yrkesutövarna har...

Sid 6:

Ombud 166. 100 tredje stycket. Ändring av andra meningen. Det handlar om vilken grundläggande kunskap som måste finnas. Behovet av specialistkunskap samt vad som kan behöva vidare forskning tillsammans med universitet/högskola.

Ombud 166. I tredje stycket byta ut orden lärare, vid universitet och högskolor mot lärosäten.

Ombud 99 och 137. Samverkan mellan universitet och högskolor, kliniskt verksamma samt studenter spelar roll.....Sid6 istället för lärare

Beslut

Kongressen beslutade att bifalla yrkandena avseende sid 1 från ombud 58 och 150, 55, 126, 200, 135, 88 och 154.

Kongressen beslutade att avslå övriga yrkanden avseende sidan 1.

Kongressen beslutade att bifalla yrkandena avseende sid 2 från ombud 98, 87, 101, 167, 134 och 190, 109, 019, 112, 078, 177, 139 och 050.

Kongressen beslutade att avslå övriga yrkanden avseende sidan 2.

Kongressen beslutade att bifalla yrkandena avseende sid 3 från ombud 37, 189 och 191.

Kongressen beslutade att avslå övriga yrkanden avseende sidan 3.

Kongressen beslutade att avslå yrkandena avseende sidan 5 och .

Kongressen beslutade att förbundsstyrelsen får i uppdrag att göra språkliga/redaktionella ändringar i alla politiska dokument. Arbetet görs av en grupp bestående en representant från förbundsstyrelsen och kommunikationsgruppen samt en avdelningsordförande.

Kongressen beslutade att godkänna förslaget Vårdförbundets idé om hälsosam vårdmiljö med gjorda ändringar

19.3 Strategi inför 2014 med perspektivet hälsosam vårdmiljö

Dialog

Ombuden diskuterade vid borden. Resultatet sammanställs av analysgruppen som underlag inför det fortsatta arbetet. Se Bilaga 3.

20 Strategi och inriktning inför 2014

I samband med behandlingen av punkterna 15 – 19 diskuterade och lämnade ombuden förslag på strategier och inriktning inför 2014. Se bilaga 3.

Underlaget om totalt 594 förslag behandlades av en analysgrupp bestående av Martin Östberg, Mats Johnsson, Eva-Lisa Krabbe, Stefan Lundberg och Cecilia Sandahl. Analysgruppen tog fram 15 förslag till strategier.

1. För att uppnå en nollvision för vårdskador skall vi samarbeta med andra.
2. Vår gemensamma opinionsbildning när det gäller värdering och lön skall stärkas i det lokala arbetet – Fullt ut!
3. Vi väcker en genusdebatt om värderingen av välfärdens kunskapsområden.
4. Vi skall finnas med i vårdens ”ledningsgrupper”.
5. Ledare skall ha tydliga mandat för sina uppdrag.
6. Vi skall använda hälsoekonomiska beräkningar för att visa effekter av att använda vår kunskap vår fullt ut.
7. Vi skall arbeta för att öka antalet specialistbefattningar, särskilt inom äldreården.
8. Vi skall kvalitetssäkra den verksamhetsförlagda utbildningen för en hälsosam vårdmiljö.
9. Vi skall kvalitetssäkra handledningen av studenter för en hälsosam vårdmiljö.
10. Vi skall utveckla och använda kunskap om hälsoeffekter av arbetstid och bemanning.
11. Vi skall utveckla och använda kunskap om hälsoeffekter för en hälsosam vårdmiljö.
12. Vi skall arbeta för att kompetensutveckling och specialistutbildning sker inom ramen för anställningen.
13. Vi skall arbeta för att medlemmar ska kunna kombinera forskning och arbete.
14. Vi skall arbeta för nationellt likvärdiga grundutbildningar gällande kvalitet och innehåll.
15. Vi ska medverka till att det förebyggande hälsoarbetet utvecklas för att uppnå jämlik hälsa.

Kongressombuden diskuterade vid borden och bedömde borsdvis varje förslag till strategi på en skala 1 – 6 där 6 var bästa värde.

Följande förslag fick ett bedömningsvärde på 5 eller mer:

5,53 p Vi väcker en genusdebatt om värderingen av välfärdens kunskapsområden.

5,12 p Vi skall arbeta för att kompetensutveckling och specialistutbildning sker inom ramen för anställningen.

5,09 p Vi skall utveckla och använda kunskap om hälsoeffekter för en hälsosam vårdmiljö.

5,03 p För att uppnå en nollvision för vårdsador skall vi samarbeta med andra.

Beslut

Kongressen beslutade att fyra strategier var ett lämpligt antal.

Kongressen beslutade att fastställa följande strategier:

- Vi väcker en genusdebatt om värderingen av välfärdens kunskapsområden.
- Vi ska arbeta för att kompetensutveckling och specialistutbildning sker inom ramen för anställningen.
- Vi ska utveckla och använda kunskap om hälsoeffekter för en hälsosam vårdmiljö.
- För att uppnå en nollvision för vårdsador ska vi samarbeta med andra.

21.1 Ekonomi

Idé/förslag/motion

1. Medlemsåterbäring eller ”gratismånad” till trogna medlemmar

Motionärer: Kokab Myrtin, förtroendevald Avd Stockholm, Bibi Shassti Holländer Kvinnokliniken Karolinska Sjukhuset Solna, Razieh Iranshahi Väderkvarnen vård och omsorgsboende, Else-Marie Runge Väderkvarnen vård och omsorgsboende, Zinab Shasti Ottosson förtroendevald, Bromma BVC Avd. Sthlm.

Under de senaste åren har en av de viktigaste uppgifterna för avdelning Stockholm varit att rekrytera samt behålla medlemmar. Besparingar och verksamhetsövergångar har påverkat även trogna medlemmar, som väljer att gå ur Vårdförbundet. De medlemmar som närmar sig pensionsåldern begär också utträde för att spara pengar och lägga dessa ”till sin pension”. Trots den låga medlemsavgiften i jämförelse med många andra fackliga organisationer har vi svårt att motivera och påverka de trogna medlemmarna att stanna kvar. En förlust av dessa individer signalerar att medlemskapet inte är viktigt för de nya medlemmarna inom förbundet. Som ett tecken på uppskattning, samt i syfte att kunna behålla trogna medlemmar, är det värt att ge lite morot till dessa genom exempelvis en ”gratismånad” per år efter oavbrutet medlemskap i Vårdförbundet i 10 år och två gratismånader efter tjugo år eller mer. Gratismånaden/erna kan omfatta december respektive november-december. Vårdförbundet har ett överskott av pengar och dessa ska nyttjas av medlemmarna. En av kongressens uppgifter är att besluta om medlemsavgift; därför yrkar vi att kongressen beslutar om gratismånad/er enligt ovan för troget medlemskap.

Stöd för motion angående gratismånad för troget medlemskap

Sektion Centrala Stockholms styrelse inom Avdelning Stockholm, stödjer Kokab Myrtins förslag om en frimånad från medlemsavgiften vid obrutet medlemskap.

Fakta/Bakgrund

Kongressen ska besluta om medlemsavgift samt ekonomi för kongressperioden. En beräkning har gjorts av hur förslaget i motionen skulle påverka intäkterna mer omedelbart. Tanken med förslaget är ju att det skulle öka antalet medlemmar på längre sikt. Merparten av Vårdförbundets medlemmar har varit medlemmar mer än 10 år, cirka 60%. Efter 20 år sjunker detta till cirka 40 %. Intäktsförlusten beräknas till mellan 28 Mkr och 35,3 Mkr per år. Detta innebär en sänkning av Vårdförbundets intäkter med drygt 10%.

Förbundsstyrelsens yttrande

Förslaget är ett offensivt sätt att premiera ”trogna medlemmar”. Vårdförbundet är en medlemsorganisation och ett medlemskap ska kunna motiveras över tid. Förslaget i dess nuvarande utformning innebär en för stor minskning av medlemsintäkterna. Skälet till detta är att så stor andel av medlemmarna är trogna medlemmar! Vårdförbundets ska bedriva verksamhet för de medlemsavgifter som betalas och därför ska vi inte planera för ett överskott som ska återbetalas. Om situationen ändå uppstår så skulle en ”variant” på motionärens förslag kunna vara aktuellt att utveckla. Det kvarstår dock en osäkerhet om förslaget i ett längre perspektiv. Om det införs en rabattering av detta slag så kommer det att bli svårt att upphöra med rabatten om den ekonomiska situationen skulle försämrats. För de som varit trogna medlemmar och som av

någon anledning vill bryta medlemskapet kan det kanske också ifrågasättas om en rabattering med 1/12 av årsavgiften är det argument som gör att medlemmen väljer att stanna kvar.

Förbundsstyrelsen förslag till beslut Att motionen avslås.

Beslut

Kongressen beslutade att avslå motionen.

21.2 Medlemsavgifter

Inledning

Kongressen beslutade år 2005 om en successiv minskning av antalet avgiftsklasser från 20 till 3 fram till år 2009. Skälet som anfördes var att värdet som varje medlem kan få ut är lika och man ska därför betala i stort sett lika mycket. Förbundsstyrelsen har på uppdrag av kongressen utarbetat avgiftsregler för medlemmar med särskilda skäl, studerande och pensionärer. Vårdförbundets nuvarande modell utgår från medlemskategori och inkomst. Medlemsavgiften är indelad i tre avgiftsklasser grundad på inkomst. För studerandemedlemmar, föräldralediga, pensionärer och medlemmar med sjukersättning gäller särskilda avgifter.

Medlemsavgifter

Avgiftsmodellen har nu införts och ca 90 % ligger i den högsta avgiftsklassen. Mot bakgrund av detta finns inte längre behov av flera olika avgiftsklasser utan förbundet kan gå mot ytterligare förenkling av avgifterna. Därför föreslås att huvudprincipen en avgift införs och att medlemmen ansöker om avvikelser från denna huvudprincip. Grunden för en nedsättning av avgiften är i första hand inkomstnivån och det föreslås att förbundsstyrelsen får i uppdrag att utarbeta avgiftsregler för undantagen från huvudprincipen såsom särskilda skäl mm.

En översyn av de lägsta inkomstnivåerna har gjorts och en justering för lägsta inkomst är gjord med hänsyn tagen till begreppet låginkomsttagare som år 2009 låg på 10 500 kr/månad (källa SCB). Vårdförbundets lägsta avgiftsklass ligger idag på en inkomstnivå om 8 000 kr per månad. Beräkning av intäkterna för perioden utgår från en justering av lägsta inkomstklasserna.

Förslag till beslut

Att Vårdförbundet inför huvudprincipen ”en avgift” som för år 2012 fastställs till 250 kr.

Att förbundsstyrelsen får i uppdrag att utarbeta avgiftsregler för undantagen från huvudprincipen.

Yrkande

Ombud 190. Föräldralediga ska betala en reducerad avgift, lägre än idag, för att behålla dem som medlemmar även efteråt när de återkommer

Beslut

Kongressen beslutade att avslå yrkandet från ombud 190.

Kongressen beslutade att Vårdförbundet inför huvudprincipen ”en avgift” som för år 2012-2014 fastställs till 250 kr per månad.

Kongressen beslutade att förbundsstyrelsen får i uppdrag att utarbeta avgiftsregler för undantagen från huvudprincipen.

21.3 Ekonomi för 2012-2014

Inledning

Under åren 2008-2010 har utfallet varit positivt utom år 2008 då underskottet uppgick till 70,2 Mkr vilket hänförs till kostnader för konfliktersättning. Förbundets ekonomi återhämtades snabbt. Redan under år 2009 låg förbundets ekonomi på samma nivå som före konflikten och kunde visa ett positivt resultat för verksamheten med 21,4 Mkr. För år 2010 låg överskottet på 17,7 Mkr.

Marknadsvärdet på finansiella tillgångarna har under åren 2008 till 2010 ökat från 403,6 Mkr till 619,3 Mkr. Under perioden har uttag skett i samband med konflikten 2008 samtidigt som värdeförändring och finansiellt överskott från enskilda år har tillförts. Vårdförbundets ekonomi är stark med en soliditet på 90 %.

Under 2012-2014 beräknas Vårdförbundets verksamhet att öka och målet för ekonomin är att nå balans mellan intäkter och kostnader.

Ekonomi för 2012 - 2014

Medlemsutveckling och medlemsintäkter

Vårdförbundets intäkter består till övervägande del av medlemsavgifter som i sin tur beror på organisationsgraden och hur väl Vårdförbundet lyckas att rekrytera nya yrkesverksamma medlemmar. Medlemsintäkternas storlek är beroende av antalet medlemmar och medlemmarnas inkomstnivå.

Intäkternas ökningstakt har bromsat in till följd av att antalet yrkesverksamma medlemmar har minskat och att allt fler medlemmar ligger i den högsta avgiftsklassen, idag ca 90 %. Beräkning av intäktsutvecklingen för kommande kongressperiod utgår ifrån följande antaganden:

Förbättrad medlemsutveckling till följd av medlemsrekryteringsprojektet som startar 2011. Fortsatt studeranderekrytering för framtida medlemskap.

Antalet pensionärsmedlemmar följer nuvarande utveckling.

I beräkningsmodellen finns således antaganden kring tillskott av nyexaminerade avräknat pensionsavgångar och nyrekrytering i förhållande till idag. Intäkterna kommer att minska år 2012 till följd av ändrad inkomstrappa för att därefter öka med 1,4 % per år.

Finansiella tillgångar

Beräkning av värdetillväxt under perioden är baserat på en avkastning om KPI +4%. Prognos avseende framtida utdelningar och räntenetto är beräknad utifrån en avkastning om 3,5 % per år.

Konfliktfonden föreslås uppgå till 150 Mkr vilket utgör 38 % av Vårdförbundets totala bundna kapital, vilket anses vara rimlig nivå på denna avsättning. Om kostnaderna för en eventuell konflikt skulle överstiga 150 Mkr, kan finansiering ske med överskjutande bundet eget kapital.

Kostnader

Beräkningen utgår från bedömd pris- och lönenivå år 2011. Lönekostnaden förväntas öka till följd av ökat antal anställda och beräknad löneökning med 2,5 % årligen. Prisökningen utgår från en inflation på 2,4 % per år. Därutöver har beräkning skett av förväntade kostnader för särskilda satsningar och avgifter till andra organisationer utifrån tidigare års utfall och ökningstakt. Till kongressen 2011 finns det inget förslag att ändra de beslut om ersättning för nationella förtroendeuppdrag som kongressen beslutade om 2008. Kostnaden för ersättning och arvoden till förtroendevalda utgår ifrån tidigare beslut.

Resultat

Budgeten fastställs varje år av förbundsstyrelsen. Målsättningen är att löpande kostnader för verksamheten ska finansieras med medlemsavgifter och att varje år nå balans mellan intäkter och kostnader. För åren 2012-2014 finns inte några förväntade finansiella risker trots underskott för verksamheten under år 2014.

Om kostnaderna i förhållande till medlemsavgiften överstiger 100 procent, kan finansiering ske med medel från Vårdförbundets finansiella resultat och utdelning och/eller från avsättningen till ändamålsbestämda medel.

Utifrån redovisade antaganden visas i tabellen en prognos för Vårdförbundets ekonomi för 2012-2014.

Belopp i Kkr	Budget 2011	Prognos 2012	Prognos 2013	Prognos 2014
Verksamhetens intäkter	272 163	271 300	275 300	279 200
Verksamhetens kostnader	-264 143	-270 800	-273 600	-286 600
Resultat från verksamheten	8 020	500	1 700	-7 400
Resultat från finansiella poster	16 015	22 700	24 100	25 600
Bokslutsdispositioner	0	0	0	8 992*
Skatt	-5 933	-8 400	-8 900	-12 800
Årets resultat	18 102	14 800	16 900	14 372

* Periodiseringsfond

Förslag till beslut

Att förbundsstyrelsen får i uppdrag att ansvara för att den löpande verksamheten är i balans varje år under 2012-2014.

Att konfliktfonden fastställs till 150 Mkr under 2012-2014.

Att kongressen godkänner inriktningen för de ekonomiska ramarna för åren 2012 till 2014 i enlighet med prognosen.

Beslut

Kongressen beslutade att förbundsstyrelsen får i uppdrag att ansvara för att den löpande verksamheten är i balans varje år under 2012-2014.

Kongressen beslutade att konfliktfonden fastställs till 150 Mkr under 2012-2014.

Kongressen beslutade att en översyn ska ske när det gäller arvoden och ersättningar för nationella uppdrag.

Kongressen beslutade att kongressen godkänner inriktningen för de ekonomiska ramarna för åren 2012 till 2014 i enlighet med prognosen.

22 Övriga frågor

Rapport från specialistkunskapsprojektet

Förslag till beslut

Att kongressen godkänner rapporten

Beslut

Kongressen beslutade att godkänna rapporten.

7.2 Reviderad arbetsordning

Sineva Ribeiro föredrog förslag till reviderad arbetsordning.

Förslag till beslut:

Att kongressen ger förbundsstyrelsen i uppdrag att i januari 2012 sammankalla en extra kongress angående förbundets interna organisation och där behandla punkterna 14.2.1 Medlemskapet, 14.2.2 Organisation, 14.2.4 Stadgar och 14.2. 5 Kommunikation.

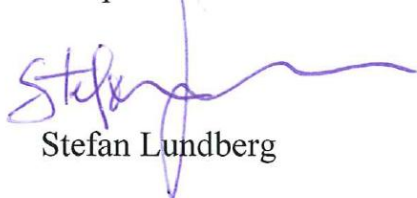
Beslut

Kongressen beslutade att bifalla förslaget.

23 Kongressen avslutas

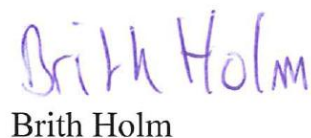
Sineva Ribeiro tackade alla för gott arbete och avslutade kongressen.

Vid protokollet



Stefan Lundberg

Justeras 2011-11-01



Brith Holm



Susanne Björkman

Bilagor

Bilaga 1 a - Närvarolista 2011-05-04

Nr.	Förnamn	Efternamn	Avdelning	Ursprungsombud
1	Anna-karin	Eklund	Föbundsstyrelsen	
2	Ingrid	Frisk	Föbundsstyrelsen	
3	Lisbeth	Löpare Johansson	Föbundsstyrelsen	
4	Anna	Andersson	Föbundsstyrelsen	
5	Vakant	Vakant	Föbundsstyrelsen	
6	Katarina	Johansson	Föbundsstyrelsen	
7	Kristina	Nyström	Föbundsstyrelsen	
8	Sineva	Ribeiro	Föbundsstyrelsen	
9	Annika	Wåhlin	Föbundsstyrelsen	
10	Vakant	Vakant	Föbundsstyrelsen	
11	Vakant	Vakant	Föbundsstyrelsen	
12	Anna-Lena	Bylund	Blekinge	Tobias Blümke
13	Siv	Carlsson	Blekinge	
14	Per-Olov	Warringer	Blekinge	Gunilla Månsson
15	Magdalena	Samuelsson	Blekinge	
16	Lena	Bergman	Dalarna	
17	Kerstin	Erlandsson	Dalarna	
18	Tommy	Gatu	Dalarna	Ximena Fernandez Oviedo
19	Mari	Larsson	Dalarna	
20	Inga-Lill	Sparr	Dalarna	
21	Marion	Vaeggemose	Dalarna	
22	Linda	Eklund	Gotland	
23	Milo	Lindhe	Gotland	
24	Björn	Tellström	Gotland	
25	Karin	Bergsman	Gävleborg	
26	Suzanne	Jansson	Gävleborg	
27	Gunilla	Melin	Gävleborg	
28	Karin	Molin	Gävleborg	
29	Irene	Strandqvist	Gävleborg	
30	Anna	Wielbass	Gävleborg	
31	Annelie	Ekengren Eliasson	Halland	
32	Camilla	Henningsson	Halland	
33	Ewa	Mattisson	Halland	
34	Gunnel	Persson	Halland	
35	Erik	Rask	Halland	
36	Ulla	Svenson	Halland	
37	Kristina	Fluur Hedman	Jämtland	
38	Annea	Johansson	Jämtland	
39	Ingela	Svedlund	Jämtland	Christina Larsson
40	Sofia	Johansson	Jönköping	

Nr.	Förnamn	Efternamn	Avdelning	Ursprungsombud
41	Thomas	Johansson	Jönköping	
42	Lise-Lotte	Lagerqvist	Jönköping	
43	Maria	Lökvist	Jönköping	
44	Ingemar	Wänebring	Jönköping	
45	Fatmir	Zogaj	Jönköping	
46	Marie-Ann	Österberg	Jönköping	
47	Liliane	Östlund Morén	Jönköping	
48	Britt	Axelsson	Kalmar	
49	Birgitta	Lindh	Kalmar	Marita Palm-Ankarman
50	Marion	Rasmussen Nilsson	Kalmar	
51	Eva	Wallander	Kalmar	
52	Michelle	Dobos Sandell	Kalmar	Helen Ämtvall
53	Gisela	Bertilsson	Kronoberg	
54	Cecilia	Eriksson	Kronoberg	Monika Brentel
55	Karin	Jisborg Hultgren	Kronoberg	
56	Rosa	Morales	Kronoberg	Jutta Qvant
57	Kristina	Berg	Norrbottn	
58	Ann-Katrin	Fredlund-Stålnacke	Norrbottn	
59	Margareta	Kvick	Norrbottn	
60	Erica	Ohlsson	Norrbottn	
61	Inger	Sävlind	Norrbottn	
62	Monica	Wettainen Ström	Norrbottn	
63	Angelika	Andersson	Skåne	
64	Pia	Arndorff	Skåne	
65	Nelum	Berglund	Skåne	
66	Stefan	Bergman	Skåne	
67	Monica	Stjärneblad	Skåne	Cecilia Ekberg
68	Eva	Andersson	Skåne	Martin Ekstrand
69	Agneta	Gustafsson	Skåne	
70	Ulf	Larsson	Skåne	
71	Thomas	Lundström	Skåne	
72	Renita	Lönnblad	Skåne	
73	Marie	Milvén	Skåne	
74	Lena-Mi	Nelson	Skåne	
75	Marie-Charlotte	Nilsson	Skåne	
76	Susi	Nilsson	Skåne	
77	Monica	Näslund	Skåne	
78	Theres	Olsson	Skåne	
79	Mavis	Owusu	Skåne	
80	Birgitta	Palm	Skåne	
81	Mats	Runsten	Skåne	
82	Maria	Rånby	Skåne	
83	Dennis	Svensson	Skåne	
84	Petra	Thuvevsson	Skåne	
85	Malin	Tillgren	Skåne	

Nr.	Förnamn	Efternamn	Avdelning	Ursprungsombud
86	Ulla	Althin	Stockholm	
87	Liv	Andersson	Stockholm	
88	Karin	Apell	Stockholm	
89	Ann-Sofi	Björkman	Stockholm	
90	Susanne	Björkman	Stockholm	
91	Tom	Benkow	Stockholm	Lena Blom
92	Camilla	Blomquist	Stockholm	
93	Lena	Elfström	Stockholm	
94	Martina	Engman	Stockholm	
95	Maja	Fuchs	Stockholm	
96	Gunilla	George	Stockholm	
97	Annika	Gunnestad	Stockholm	
98	Eva	Håkansson	Stockholm	
99	Anette	Johansson	Stockholm	
100	Monica	Johansson	Stockholm	
101	Anette	Karlsson	Stockholm	
102	Marianne	Kock	Stockholm	
103	Ewa	Köhler	Stockholm	
104	Elisabeth	Lindgren	Stockholm	
105	Chokri	Mensi	Stockholm	
106	Terese	Nordberg	Stockholm	
107	Eva	Nowak	Stockholm	
108	Marika	Olsson	Stockholm	
109	Therese	Salomonsson	Stockholm	Katarina Skarin Ebenstrand
110	Jane	Stegring	Stockholm	
111	Camilla	Stiernborg	Stockholm	
112	Ingalill	Sundström	Stockholm	
113	Laila	Thorson	Stockholm	
114	Lena	Thorsson	Stockholm	
115	Anneli	Zetterström	Stockholm	
116	Maria	Billemark Öqvist	Södermanland	
117	Maria	Fundberg	Södermanland	
118	Ulla	Jordán	Södermanland	
119	Irene	Karlsson	Södermanland	
120	Anders	Norén	Södermanland	
121	Mats	Ringlund	Uppsala	Janine Bichara
122	Monica	Hedström Carlsson	Uppsala	
123	Carin	Hilding	Uppsala	
124	Annika	Jonasson	Uppsala	
125	Gun-Britt	Lindkvist	Uppsala	
126	Kristin	Sibbmark Williamsson	Uppsala	
127	Jonas	Karlsson	Uppsala	Agneta Wiberg
128	Pernilla	Kyrk	Värmland	Eva Andersson
129	Peter	Blom	Värmland	
130	Carina	Mäkinen	Värmland	Daniel Delnavaz

Nr.	Förnamn	Efternamn	Avdelning	Ursprungsombud
131	Thomas	Sjöholm	Värmland	
132	Eva	Strandh	Värmland	
133	Elisabeth	Zadik	Värmland	
134	Lena	Arctaadius	Västerbotten	
135	Sonny	Bergmark	Västerbotten	
136	Charlotta	Hellström	Västerbotten	
137	Liselott	Hjelte-Löfgren	Västerbotten	
138	Johan	Larson	Västerbotten	
139	Kerstin	Lindgren	Västerbotten	
140	Jenny	Olsson	Västerbotten	
141	Ramona	Rönholm	Västerbotten	
142	Inger	Abrahamsson	Västernorrland	
143	Irja	Aliranta	Västernorrland	
144	Maria	Bäckman	Västernorrland	
145	Åsa	Holgersson	Västernorrland	
146	Inger	Johansson	Västernorrland	
147	Margaretha	Sandström	Västernorrland	
148	Ingrid	Edman	Västmanland	
149	Gabriella	Thies	Västmanland	Karina Karlsson
150	Harriet	Lindqvist	Västmanland	
151	Jani´	Stjernström	Västmanland	
152	Cecilia	Stoor	Västmanland	
153	Ann-Catrin	Ahlgren	Västra Götaland	
154	Anna-Lena	Aldeborg	Västra Götaland	
155	Susanne	Blom Persson	Västra Götaland	
156	Marianne	Brindbergs	Västra Götaland	
157	Bente	Christiansen	Västra Götaland	
158	Anna-Karin	Davidsson	Västra Götaland	
159	Mariette	Björk	Västra Götaland	Linda Ekelund
160	Anette	Eliasson	Västra Götaland	
161	Gunilla	Eriksson	Västra Götaland	
162	Per	Gustafsson	Västra Götaland	
163	Haide	Gårdlind-Mellgren	Västra Götaland	
164	Monica	Hammarstrand	Västra Götaland	
165	Brith	Holm	Västra Götaland	
166	Martin	Håland	Västra Götaland	
167	Anne Karin	Höglund	Västra Götaland	
168	Marianne	Isaksson	Västra Götaland	
169	Pernilla	Stenborg Nielsen	Västra Götaland	Birgitta Johansson
170	Helena	Johansson	Västra Götaland	
171	Ellinor	Johansson	Västra Götaland	Mary Johansson
172	Susanne	Johnsen	Västra Götaland	
173	Magnus	Hanson	Västra Götaland	Dennis Landh
174	Karin	Frank	Västra Götaland	Marianne Lindfors
175	Anette	Lundquist	Västra Götaland	

Nr.	Förnamn	Efternamn	Avdelning	Ursprungsombud
176	Ulla	Milke	Västra Götaland	
177	Camilla	Ohlsson	Västra Götaland	
178	Inga-Lill	Olsson	Västra Götaland	
179	Eva	Paxlind	Västra Götaland	
180	Katarina	Kullenberg Åke	Västra Götaland	Irmeli Bergin
181	Ola	Sjöholm	Västra Götaland	
182	Marita	Tenggren	Västra Götaland	
183	Sofia	Tholén	Västra Götaland	
184	Robin	Åberg	Västra Götaland	
185	Marie	Öberg Flood	Västra Götaland	
186	May	Andersson	Örebro	
187	Marianne	Hiller	Örebro	
188	Anne	Johanson	Örebro	
189	Åsa	Karlman	Örebro	
190	Sahra	Strandberg	Örebro	
191	Siv	Wallberg	Örebro	
192	Anita	Jansson	Örebro	
193	Carola	Andersson	Östergötland	
194	Hedvig	Axén	Östergötland	
195	Patrizia	Bjerkegren	Östergötland	
196	Helena	Eriksson	Östergötland	
197	Anneli	Gåverud	Östergötland	
198	Susanne Augustsson	Karlsson	Östergötland	Ragnhild Karlsson
199	Maria	Ljung	Östergötland	
200	Galina	Tol Fakkar	Östergötland	Ing-Marie Petersson
201	Lucie	Yousefi	Östergötland	

Följande kongressombud lämnade kongressen kl:

- 17:00 ombud 68
- 17:15 ombud 62
- 17:30 ombud 154 och 163
- 17:45 ombud 49, 58 och 146
- 18:00 ombud 65 och 82
- 18:15 ombud 25, 26, 27, 29, 30
- 18:25 ombud 120

Bilaga 1 b - Närvarolista 2011-09-27--28

Ombud 1-201 har rösträtt.

Ombud	Förnamn	Efternamn	Avdelning	Ursprungsombud
1	Ej närvarande			Anna-Karin Eklund
2	Ej närvarande			Ingrid Frisk
3	Ej närvarande			Lisbeth Löpare Johansson
4	Anna	Andersson	Föbundsstyrelsen	
5	Ej närvarande			Kristina Nyström
6	Katarina	Johansson	Föbundsstyrelsen	
7	Ej närvarande			Linda Ekelund
8	Sineva	Ribeiro	Föbundsstyrelsen	
9	Annika	Wåhlin	Föbundsstyrelsen	
10	Ej närvarande			
11	Ej närvarande			
12	Anna-Lena	Bylund	Blekinge	
13	Siv	Carlsson	Blekinge	
14	Per-Olov	Warringer	Blekinge	Gunilla Månsson
15	Magdalena	Samuelsson	Blekinge	
16	Lena	Bergman	Dalarna	
17	Kerstin	Erlandsson	Dalarna	
18	Lars	Ludvigsson	Dalarna	Ximena Fernandez Orvez
19	Mari	Larsson	Dalarna	
20	Helena	Ahlgren	Dalarna	Inga-Lill Sparr, Jenny Nyberg
21	Marion	Vaeggemose	Dalarna	
22	Linda	Eklund	Gotland	
23	Therese	Annas-Ljung	Gotland	Milo Lindhe
24	Björn	Tellström	Gotland	
25	Karin	Bergsman	Gävleborg	
26	Linda	Lundström-Frisk	Gävleborg	Suzanne Jansson
27	Gunilla	Melin	Gävleborg	
28	Karin	Molin	Gävleborg	
29	Irene	Strandqvist	Gävleborg	
30	Anna	Wielbass	Gävleborg	
31	Annelie	Ekengren Eliasson	Halland	
32	Camilla	Henningsson	Halland	
33	Ewa	Mattisson	Halland	
34	Gunnel	Persson	Halland	
35	Erik	Rask	Halland	
36	Ulla	Svenson	Halland	
37	Kristina	Fluur Hedman	Jämtland	
38	Annea	Johansson	Jämtland	
39	Christina	Larsson	Jämtland	
40	Sofia	Johansson	Jönköping	
41	Thomas	Johansson	Jönköping	
42	Lise-Lotte	Lagerqvist	Jönköping	

43	Maria	Lökvist	Jönköping	
44	Ingemar	Wänebring	Jönköping	
45	Fatmir	Zogaj	Jönköping	
46	Marie-Ann	Österberg	Jönköping	
47	Liliane	Östlund Morén	Jönköping	
48	Britt	Axelsson	Kalmar	Marita Palm-Ankarman
49	Birgitta	Lindh	Kalmar	
50	Marion	Rasmussen Nilsson	Kalmar	
51	Eva	Wallander	Kalmar	
52	Michelle	Dobos Sandell	Kalmar	Helen Ämtvall
53	Gisela	Bertilsson	Kronoberg	
54	Cecilia	Eriksson	Kronoberg	Monika Brentel
55	Karin	Jisborg Hultgren	Kronoberg	
56	Anna	Åberg	Kronoberg	Rosa Morales
57	Kristina	Berg	Norrbottn	
58	Ann-Katrin	Fredlund-Stålnacke	Norrbottn	
59	Margareta	Kvick	Norrbottn	
60	Erica	Ohlsson	Norrbottn	
61	Inger	Sävlind	Norrbottn	
62	Anna	Wallon	Norrbottn	Monica Wettainen Ström
63	Angelika	Andersson	Skåne	
64	Pia	Arndorff	Skåne	
65	Nelum	Berglund	Skåne	
66	Stefan	Bergman	Skåne	
67	Cecilia	Ekberg	Skåne	Monica Stjärneblad
68	Lars	Graffemark	Skåne	Eva Andersson
69	Agneta	Gustafsson	Skåne	
70	Ulf	Larsson	Skåne	
71	Thomas	Lundström	Skåne	
72	Renita	Lönblad	Skåne	
73	Marie	Milvén	Skåne	
74	Lena-Mi	Nelson	Skåne	
75	Marie-Charlotte	Nilsson	Skåne	
76	Susi	Nilsson	Skåne	
77	Monica	Näslund	Skåne	
78	Richard	Uppenberg	Skåne	Theres Olsson
79	Mavis	Owusu	Skåne	
80	Birgitta	Palm	Skåne	
81	Mats	Runsten	Skåne	
82	Maria	Rånby	Skåne	
83	Dennis	Svensson	Skåne	
84	Petra	Thuvesson	Skåne	
85	Malin	Tillgren	Skåne	
86	Ulla	Althin	Stockholm	
87	Liv	Andersson	Stockholm	
88	Karin	Apell	Stockholm	

89	Margareta	Sjögren	Stockholm	
90	Susanne	Björkman	Stockholm	
91	Tom	Benkow	Stockholm	Lena Blom
92	Camilla	Blomquist	Stockholm	
93	Lena	Elfström	Stockholm	
94	Britt-Inger	Wallström	Stockholm	Martina Engman
95	Eva	Gustafsson	Stockholm	Maja Fuchs
96	Gunilla	George	Stockholm	
97	Barbro	Gripenstam	Stockholm	Annika Gunnestad
98	Eva	Håkansson	Stockholm	
99	Anette	Johansson	Stockholm	
100	Kokab	Myrtin	Stockholm	Monica Johansson
101	Anette	Karlsson	Stockholm	
102	Marianne	Kock	Stockholm	
103	Ewa	Köhler	Stockholm	
104	Elisabeth	Lindgren	Stockholm	
105	Chokri	Mensi	Stockholm	
106	Terese	Nordberg	Stockholm	
107	Eva	Nowak	Stockholm	
108	Katarina	Averfors	Stockholm	Marika Olsson
109	Mira	Nyberg	Stockholm	Katarina Ebenstrand Skarin, Therese Salomonsson
110	Jane	Stegring	Stockholm	
111	Camilla	Stiernborg	Stockholm	
112	Ingalill	Sundström	Stockholm	
113	Laila	Thorson	Stockholm	
114	Lena	Thorsson	Stockholm	
115	Anneli	Zetterström	Stockholm	
116	Maria	Billemark Öqvist	Södermanland	
117	Maria	Fundberg	Södermanland	
118	Ulla	Jordán	Södermanland	
119	Irene	Karlsson	Södermanland	
120	Anders	Norén	Södermanland	
121	Mats	Ringlund	Uppsala	Janine Bichara
122	Monica	Hedström Carlsson	Uppsala	
123	Carin	Hilding	Uppsala	
124	Annika	Jonasson	Uppsala	
125	Gun-Britt	Lindkvist	Uppsala	
126	Kristin	Sibbmark Williamsson	Uppsala	
127	Jonas	Karlsson	Uppsala	Agneta Wiberg
128	Pernilla	Kyrk	Värmland	Eva Andersson
129	Peter	Blom	Värmland	
130	VAKANT			
131	Majvor	Jansson	Värmland	Thomas Sjöholm
132	Eva	Strandh	Värmland	
133	Elisabeth	Zadik	Värmland	

134	Lena	Arctaedius	Västerbotten	
135	Sonny	Bergmark	Västerbotten	
136	Charlotta	Hellström	Västerbotten	
137	Liselott	Hjelte-Löfgren	Västerbotten	
138	Johan	Larson	Västerbotten	
139	Kerstin	Lindgren	Västerbotten	
140	Jenny	Olsson	Västerbotten	
141	Ramona	Rönholm	Västerbotten	
142	Inger	Abrahamsson	Västernorrland	
143	Irja	Aliranta	Västernorrland	
144	Maria	Bäckman	Västernorrland	
145	Åsa	Holgersson	Västernorrland	
146	Inger	Johansson	Västernorrland	
147	Margaretha	Sandström	Västernorrland	
148	Ingrid	Edman	Västmanland	
149	Gabriella	Thies	Västmanland	Karina Karlsson
150	Harriet	Lindqvist	Västmanland	
151	Jani´	Stjernström	Västmanland	
152	Cecilia	Stoor	Västmanland	
153	Ann-Catrin	Ahlgren	Västra Götaland	
154	Anna-Lena	Aldeborg	Västra Götaland	
155	Susanne	Blom Persson	Västra Götaland	
156	Marianne	Brindbergs	Västra Götaland	
157	Katarina	Kullenberg Åke	Västra Götaland	Bente Christiansen
158	Anna-Karin	Davidsson	Västra Götaland	
159	Ellinor	Johansson	Västra Götaland	Linda Ekelund
160	Anette	Eliasson	Västra Götaland	
161	Gunilla	Eriksson	Västra Götaland	
162	Per	Gustafsson	Västra Götaland	
163	Haide	Gårdlind-Mellgren	Västra Götaland	
164	Monica	Hammarstrand	Västra Götaland	
165	Brith	Holm	Västra Götaland	
166	Martin	Håland	Västra Götaland	
167	Anne Karin	Höglund	Västra Götaland	
168	Marianne	Isaksson	Västra Götaland	
169	Irmeli	Bergin	Västra Götaland	Birgitta Johansson
170	Helena	Johansson	Västra Götaland	
171	Mary	Johansson	Västra Götaland	
172	Susanne	Johnsen	Västra Götaland	
173	Magnus	Hanson	Västra Götaland	Dennis Landh
174	Pernilla	Stenborg Nielsen	Västra Götaland	Marianne Lindfors
175	Anette	Lundquist	Västra Götaland	
176	Ulla	Milke	Västra Götaland	
177	Camilla	Ohlsson	Västra Götaland	
178	Inga-Lill	Olsson	Västra Götaland	
179	Eva	Paxlind	Västra Götaland	

180	Mariette	Björk	Västra Götaland	Sineva Ribeiro
181	Karin	Frank	Västra Götaland	Ola Sjöholm
182	Marita	Tenggren	Västra Götaland	
183	Anette	Carlsson	Västra Götaland	Sofia Tholén
184	Tomas	Hallqvist	Västra Götaland	Robin Åberg
185	Marie	Öberg Flood	Västra Götaland	
186	May	Andersson	Örebro	
187	Marianne	Hiller	Örebro	
188	Anne	Johanson	Örebro	
189	Åsa	Karlman	Örebro	
190	Christina	Köhlström	Örebro	Sahra Strandberg
191	Siv	Wallberg	Örebro	
192	Anita	Jansson	Örebro	
193	Carola	Andersson	Östergötland	
194	Hedvig	Axén	Östergötland	
195	Susanne	Augustsson	Östergötland	Patrizia Bjerkegren
196	Helena	Eriksson	Östergötland	
197	Anneli	Gåverud	Östergötland	
198	Ragnhild	Karlsson	Östergötland	
199	Maria	Ljung	Östergötland	
200	Ing-Marie	Petersson	Östergötland	
201	Lucie	Yousefi	Östergötland	
202	Ann	Johansson	Förbundsstyrelsen	
203	Ulrika	Nilsson	Förbundsstyrelsen	
204	Håkan	Bäckman	Student	
205	Ej närvarande		Student	Lars Cronstaaf
206	Ej närvarande		Student	JennyFleholt
207	Erik	Westberg	Student	
208	Malin	Yngman	Student	
209	Isabel	Strandh	Student	

Bilaga 2 a – Dialog punkt 8 - Verksamhetsberättelser

Vad tycker du är de viktigaste framgångarna respektive svårigheterna sedan 2008?

Framgång

4. Framgång: synliggöra oss själva
5. Framgång: Visionen
6. Framgång: Säker vård
7. Framgång: nya patientsäkerhetslagen
9. Framgång: Arbetet med säker vård
10. Framgång: Säker vård och patientsäkerhetslagen
12. Framgång: att vår kunskap synliggjorts och viss framgång i värdering.
13. Framgång: Bra med endast tre tydliga fokusområden
14. Framgång: Patientsäkerhetslagen
18. Framgång: Fått fram patientsäkerheten, kommit upp på bordet, alla talar om det.
19. Framgång: patientsäkerhetsarbetet
20. Framgång: Framgång: arbetet med nollvisionen och patientsäkerheten
21. Framgång: fokusområdena väldigt användbara, skärningspunkten viktig
22. Framgång: vi tar mer plats i media
23. Framgång: Att man inte bytt fokusområde under kongressperioden
24. Framgång: Vi gör skillnad med vår kunskap för en säker vård
26. Framgång: ATT vi gjort saker som gemensamma aktiviteter i landet. Typ kampanjer och visionsfilmen.
27. Framgång: Mötesplatser
28. Framgång: Tydlig vision
30. Framgång: Hälsosamma arbetstider har nått fram till medlemmarna
31. Framgång: Gemensam strategi över landet ungefär samtidigt Fullt ut
33. Framgång: Tydliggöra specialtkunskap
34. Framgång: kraftsamling i medlemsledet under o efter konflikt 2008
35. Framgång: Kommunikation, bättre på att synas och höras på rätt ställen. Både internt och externt.
36. Framgång: Rekrytering av studenter
38. Framgång: lättare rekrytera förtroendevalda
40. Framgång: Implementering av nya patientsäkerhetslagen. Många bra medlemsmöten.
41. Framgång: Att specialistkunskapsfrågan är uppmärksammas hos arbetsgivare och politiker viktigt att frågan är levande.
42. Framgång: gemensamma mål
44. Framgång: Sociala medier, både för medlemmar och icke-medlemmar
45. Framgång: 17 Vi tar mer plats i media.
46. Framgång: vi pratar om kunskap inte bara utbildning
47. Framgång: Patientsäkerhetslagstiftningen 2011
51. Framgång: Enklare Att prata med AG om specialistkunskap
52. Framgång: Definitionen av funktions- och specialistutbildade
53. Framgång: Vår politik har genomslag i samhället
55. Framgång: tydlig vision
57. Framgång: Arbetsvillkorsfrågorna har vårdförbundet väckts
59. Framgång: Studentrekryteringen
60. Framgång: Fokus på specialist kunskap
63. Framgång: Bra löneutveckling
67. Framgång: Att vi hade stor solidaritet under konflikten 2008, visar på styrka om vi gör gemensam sak i frågor som berör oss alla:-)
70. Framgång: lokal lönebildning
71. Framgång: Student rekrytering
72. Framgång: Funktions och specialist utbildade har synliggjorda
73. Framgång: Lönebildningen blev en framgång efter strejken
74. Framgång: mer ett samlat förbund
78. Framgång: Öppna diskussioner om lönestrukturen
79. Framgång: Mer synliga i media lokalt

- 80. Framgång: ökningen av studerande anslutningen
- 82. Framgång: Tydligare och mer användbar vision. Känd bland medlemmarna.
- 83. Framgång: Nominering via nätet är bra men kan utvecklas
- 84. Framgång: Specialistkunskaper
- 85. Framgång: Dialogen kring funktionsutbildning öppnade upp för det fortsatta diskussionen kring specialiskunskap.
- 90. Framgång: Tendenser om ett nytänkande i förbundet
- 97. Framgång: Tydlig ledstjärna i visionen
- 99. Framgång: Vårdförbundets politik mer känd än tidigare
- 103. Framgång: Vårdförbundet synliggör patientsäkerhetsarbetet
- 104. Framgång: Allmänhetens kunskap om våra yrkesgrupper har ökat
- 105. Framgång: Säker vård
- 107. Framgång: Fokus omådena har varit användbara och gjort att vi spretat mindre.
- 109. Framgång: Tydliggöra professionerna gentemot arbetsgivaren
- 112. Framgång: Bra med tre fokusområde. Tydliga. Lätta att känna igen. Skapar dialog och förankra bland medlemmar.
- 114. Framgång: Nationella mötesplatser
- 115. Framgång: Fler har hört talas om vårdförbundet
- 121. Framgång: Vi har blivit bättre på att möta medlemmarna.
- 123. Framgång: Kunskapens värde mer känd i verksamheten
- 124. Framgång: Specialistkunskapen!
- 128. Framgång: rekrytering av studenter
- 130. Framgång: gemensamma strategier i förbundet
- 131. Framgång: Patientsäkerhetslagen
- 132. Framgång: Nationella mötesplatser
- 134. Framgång: face-book Vårdfokus blivit bättre
- 135. Framgång: tydligare profilering av våra fyra yrkesgrupper
- 137. Framgång: Specialistkunskap synligare
- 144. Framgång: 14% i utfall på tre år i Skåne ;)
- 147. Framgång: samarbetet mellan avdelningarna i Vårdförbundet
- 149. Framgång: Natinella mötesplatser
- 151. Framgång: Individuell lönesättning- många följer
- 157. Framgång: Mer tydlighet i alla våra verksamhetsberättelse och bättre stuktur som kan ge ett framsteg till ett vårdförbund
- 160. Framgång: Avtalet med SKL HÖK08 - fick ut mest av alla
- 167. Framgång: Vi känslan efter konflikten
- 170. Framgång: Ledarutb Kultorum
- 171. Framgång: fler chefsrekryteringar på klinik och förvaltning från våra medlemsgrupper
- 173. Framgång: Lättare rekrytera förtoendevalda
- 177. Framgång: Mediaexponering
- 178. Framgång: Höjning av ingångslöner för barnmorskor
- 179. Framgång: Medlemmar vågar vara mera offensiva i att värdera yrket / kunskap och vad det är värt
- 182. Framgång: Konflikten ökade sammanhållningen inom förbundet
- 183. Framgång: Facebook!
- 185. Framgång: FACKFÖRBUND + YRKESFÖRBUND = succsé
- 186. Framgång: Vi har varit aktiva att driva vårdutvecklingen
- 187. Framgång: Mer synliga för våra medlemmar!
- 191. Framgång: Arbetsmiljöarbetet ger oss villkor
- 198. Framgång: villkors frågor kopplat till säker vård och profession
- 199. Framgång: PR produkterna har blivit bättre
- 200. Framgång: Vill boken!
- 202. Framgång: Proffessionaliseringen

Svårighet

- 2. Svårighet: ytterligare exempel
- 3. Svårighet: värdering av specialistkunskap
- 8. Svårighet: löneutveckling över tid

11. Svårighet: Hälsosamma arbetstider
15. Svårighet: Behålla och rekrytera medlemmar.
16. Svårighet: Villkor och särskilt arbetstidsfrågan
17. Svårighet: Hälsosamma arbetstider är uppå
25. Svårighet: Svårighet med framgång i värderingsfrågorna.
29. Svårighet: Villkorsfrågorna har fallit väldigt långt ifrån vårdförbundet
32. Svårighet: hälsosamma arbetstider
37. Svårighet: Arbetet med hälsosamma arbetstider
39. Svårighet: Utväcklingen av hemsidan har inte varit efter förväntan
43. Svårighet: Hälsoskapande arbetsider
48. Svårighet: att behålla yrkesverksamma medlemmar
49. Svårighet: Svårighet med fackligt arbete i kommuner
50. Svårighet: SKL haringet mandat att arbeta med arbetstidsfrågan
54. Svårighet: Lokal lönebildning
56. Svårighet: Funktionsutbildning och specialistutbildningens vara hos oss själva och arbetsgivaren
58. Svårighet: Löneutvecklingen under krisåren 2008-2011, ekonomikrisen spelat stor roll
61. Svårighet: Privata medlemmar
62. Svårighet: preventiva arbetet på tillbakagång kring hälsosamma arbetstider
64. Svårighet: specialistkunskap, och värderingsförändringen - långt kvar
65. Svårighet: Definitionen av specialist och funktionsutbildade.
66. Svårighet: Svårigheten är att nå ut till alla medlemmar, att de är insatta i vad som händer
68. Svårighet: Efterfrågan av specialistkunskap är en läpparnas bekännelse
69. Svårighet: Värderingsförändringen och lönebildningen
75. Svårighet: Arbetsmiljöarbetet
76. Svårighet: Att förmedla det arbete Vårdförbundet gör till medlemmar och allmänhet
77. Svårighet: Biomedicinska analytikens löneutveckling försämrad
81. Svårighet: lokal lönebildning
86. Svårighet: Vi följer inte kongressens beslut när det gäller de tre strategiska målen.
87. Svårighet: Att behålla medlemmar efter studietiden när de blir fullbetalande medlemmar
88. Svårighet: Kommuner med icke nivåbestämt avtal
89. Svårighet: Medlemmarna inte alltid ser sig som profession
91. Svårighet: Vi får inte förankring till specialistkunskap i plånboken av arbetsgivare och politiker trots att dem förstår behovet
92. Svårighet: Vårdförbundet är inte det naturliga valet när vårdfrågor debatteras i media och i soffan
93. Svårighet: Tydliggöra professionerna gentemot arbetsgivaren
94. Svårighet: Har inte nått fram till medborgarna med kravet på att det ska vara specifik kunskap som tar hand om/utför omvårdnad mm. Medborgarna kräver inte detta (jämför förskola och krav på förskolelärare)
95. Svårighet: Vi tillåter inte våra unga/nya att få bättre löner
96. Svårighet: Svårare att rekrytera förtroendevalda på olika arbetsplatser
98. Svårighet: svårt få igenom villkorsfrågor
100. Svårighet: Att förklara innehållet i medlemskapet och behålla medlemmar
101. Svårighet: ideer och motioner kommer in men svårt att hitta eller ges inte
102. Svårighet: Värde förskjutningen har inte lyckats
106. Svårighet: Funktionsutbildade fanns bara med 2009 i Sthlm och Östergötland
108. Svårighet: antalet förhandlingsbara medlemmar minskar - kollektivavtalets värde kan bli en risk
110. Svårighet: Webben
111. Svårighet: Politiker uttalar vårt ökade värde men fullföljer inte löften
113. Svårighet: Lönerna är ännu inte jämställda
116. Svårighet: Arbetsgivarna sänker kompetenskraven för att hålla budget
117. Svårighet: Hälsosamma arbetstider
118. Svårighet: Att få medlemmarna att säga ifrån
119. Svårighet: Säker Vård - fortfarande läkare som leder debatten
120. Svårighet: kampanjen Fullt Ut ej optimal inte förankrad innan den börjades användas. Många kände inte igen sig svårt att använda.
122. Svårighet: Löneutveckling kommunerna försämring
125. Svårighet: 020-telefonen
126. Svårighet: medlems engagemang
127. Svårighet: Vi tar inte plats i debatten! Är vi rädda för att göra fel?
129. Svårighet: Den partsgemensamma dialogen kring AID

133. Svårighet: Hemsidan
136. Svårighet: Hälsosamma arbetstider
138. Svårighet: Villkorsfrågorna har kommit lite i skymundan.
139. Svårighet: svårt att få gemensamt informationsmaterial. hittar inte andra avd bra ideer
140. Svårighet: Villkoren har inte tagit den plats som kongressen beslutade om. att det skulle vara det högst prioriterade området. Vi har inte prioriterat det främst
141. Svårighet: Socialstyrelsen har begränsade resurser att arbeta med patientaäklarhetslagen
142. Svårighet: Missnöjet med arbetsbelastning/stress
143. Svårighet: Arbetstider
145. Svårighet: Att engagera yngre kollegor
146. Svårighet: fortfarande långt kvar och svårigheter gällande jämställda löner och
148. Svårighet: Hälsosamma arbetstider svårt att få genomslagskraft
150. Svårighet: Delad kongress
152. Svårighet: Arbetstider
153. Svårighet: Svårt med lokal lönebildning när viljan inte riktigt finns hos motparten
154. Svårighet: Kampanjmaterial kommer försent
155. Svårighet: Behålla privatanställda medlemmar
156. Svårighet: Fortfarande okunskap hos vissa AG om specialistkunskapens betydelse för en trygg & säker vård. copy - bord 5.
158. Svårighet: chefsmedlemmar att skapa värde
159. Svårighet: att behålla studerande medlemmar efter inträde i arbetslivet (efter 6 månader)
161. Svårighet: Behålla chefer som medlemmar
162. Svårighet: Arbetsmiljön försämrats
163. Svårighet: Hur utvecklar vi strategiskt arbete för att nå framgång?
164. Svårighet: Bättre framförhållning på kampanjerna
165. Svårighet: Svårigheter att upprätthålla arbetsvillkoren gällande tex arbetstider, lägstalöner mm
166. Svårighet: Ovilja hos arbetsgivarna att se till hälsosamma arbetstider trots enormt stort behov.
168. Svårighet: fortsätta arbeta för att stärka yrkesidentiteten, vi har en lång bit kvar samhället hindrar eller bidrar ?
169. Svårighet: Nationell plattform för entreprenörskap saknas
172. Svårighet: Saknar lokal företrädare för chefer
174. Svårighet: Mer användad varandra i avdelningarnas goda erfarenheter och dela med sig till varandra
175. Svårighet: Att använda sin rätt till att ta ut sin rast
176. Svårighet: Svårigheter att få AG och allmänhet att se vår akademiska kunskap i skillnad från undersköterskornas gymnasiala.
180. Svårighet: Sämre villkor gällande arbetstider
181. Svårighet: Privata arbetsgivare
184. Svårighet: gemensamma strategier
188. Svårighet: Tekniska hjälpmedel, har saknats och de som arbetsgivaren har tillhandahållit har inte varit optimala. Vissa har fått ipone alla har dock inte tillhandahållit detta. Ojämnt!
189. Svårighet: Individuell lönesättning svårt att få att fungera, kommer vi någonsin lyckas få den lönestruktur vi vill ha med denna metod?
190. Svårighet: Vi som medarbetare genomför kortsiktiga lösningar o påstår att det är "för patientens skull" men istället försämrar det möjligheten till en bra vård under en längre tid
192. Svårighet: Chefernas löneprocess
193. Svårighet: Arbetstidsfrågan har varit svår att driva lokalt. Försämringar i villkoren när ekonomin ses över hos arbetsgivaren. Negativ attitydförändring hos ag.
194. Svårighet: Jämställda löner
195. Svårighet: Att möta uppgivenhet
196. Svårighet: Snabba ogenomtänkta omorganisationer försämrar bland annat patientsäkerheten & vår arbetsmiljö
197. Svårighet: Internationella dagarnas matriel kommer för sent för att kunna arbeta om i avd.
201. Svårighet: Våra yrken har svårt att ta plats och beskriva sina yrken
203. Svårighet: resignation i medlemsleden
204. Svårighet: Hälsosamma arbetstider viktigt! Man orkar inte arbeta heltid.

Bilaga 2 b – Dialog punkt 13 - Omvärldsrapport

Reflektioner kring trenderna

1. Trend 1: Ja så är det
 3. Trend 1: Urakut behov av nationell strategi kring privatanställda
 7. Trend 1: Vårdförbundet är inte steget före när det gäller behoven för medlemmar som är anställda i privat sektor.
 13. Trend 1: Otoligt viktigt att locka och behålla medlemmar
 14. Trend 1: Hur ser möjligheterna ut att få förtroendevalda och facklig tid hos privata arbetsgivare?
 15. Trend 1: Hur ska vi möta det vi saknar ett medlems rekryterings arbete
 23. Trend 1: Vi måste hitta strategier för att attrahera och synliggöra medlemsvärdet. Mycket tas för givet idag och vi måste bli bättre på att påvisa medlemsnyttan.
 24. Trend 1: Hantera detta inom te m
 27. Trend 1: Strategi kring arbetsgivare som missgynnar fackligt aktiva medlemmar
 35. Trend 1: hanterar detta inom tema vårdförbundet
 43. Trend 1: Bjuda in nya vårdgivare, till dialog om nyttan av kollektivaval /samarbete
 62. Trend 1: varje generation måste vinnas utifrån sina förutsättningar, de fackliga ideerna måste hela tiden omformas och omprövas.
 71. Trend 1: Stor utmaning för vårdförbundet att få dialog med privata.
 102. Trend 1: Arbetar vi med fel frågor?
 171. Trend 1: Andelen medlemmar i den privata sektorn kommer att öka och förhoppningsvis kommer dessa att hamna mer i fokus. Vi måste synliggöra vad förbundet har att erbjuda dessa medlemmar specifikt och generellt.
 174. Trend 1: Fortsätta i facket förändras .nu -andan; visa vädet av facket och kollektivavtal.
-
18. Trend 2: Svårt att rekrytera nya och unga till yrket.
 19. Trend 2: Inte bara konkurrens till kunskap och kompetens utan bristen gör det möjligt att lönerna ökar
 36. Trend 2: Sämra arbetsmiljö men högre löner , kanske
 38. Trend 2: Vi har bättre koll på förändringar i hur stor bristen på specialistutbildade sjuksköterskor är och kan med det bättre trycka på politikerna
 46. Trend 2: Hur ska vi arbeta för att få arbetsgivaren att ta ansvar för den kommande generationsväxlingen så att vården inte drabbas av kunskapsbrist?
 47. Trend 2: Om vi skickligt kan utnyttja detta läge kan bristen ge skjuts i värderingsförändringen.
 54. Trend 2: Hur ska vi kunna locka de unga till att utbilda sig inom våra professioner?
 67. Trend 2: Stor efterfrågan liten tillgång - då kan vad som helst hända
 73. Trend 2: Satta på förebyggande vård,
 74. Trend 2: Finns risk för bristfälliga utbildningar som ger kvalitetssänkning
 82. Trend 2: strategier för hur använda oss av marknadskrafter
 83. Trend 2: Vi behöver få AG att börja konkurrera med lön så att vi får ett marknadsvärde i våra löner
 93. Trend 2: Utmana de övriga omvårdnadsyrkena ex collage
 94. Trend 2: möjlighet att få upp lönerna i och med konkurrensen.
 104. Trend 2: Betald kandidatutbildning för de med äldre utbildning
 109. Trend 2: Strategi mot att arbetsgivaren sänker kompetenskrav eller anställer fel kompetens i generatonsväxlingen
 128. Trend 2: Ag vill inte höja lönerna för de specialistsjuksköterskor som det är brist på för att inte låta "marknaden" påverka lönenivåerna. Ex. psykiatri och DSK (ag väljer håller nyutbildade ssk än att betala det specialistssk begär)
 136. Trend 2: Viktigt att förbättra status för att locka till utbildning, rekrytera och behålla personal
 138. Trend 2: Ag vill inte spec. vilka specialiteér man behöver, för då kan man inte välja den billigare ssk uta spec.kompetens
 152. Trend 2: Förhoppningsvis kommer det att uppstå konkurrens om vår kunskap om den blir en bristvara under en generationsväxling. Denna kunskapsbrist kan vi som förbund utnyttja för att förbättra värderingen av kunskapen.
 154. Trend 2: Brist ger möjlighet till rörlighet
 175. Trend 2: Lite otydlighet; inom våra yrken eller generellt inom hela arbetsmarknaden

28. Trend 3: Fortsätta arbeta för att specialistutbildning ska integreras med kliniskt arbete.
87. Trend 3: Så kan det bli
90. Trend 3: Viktigt att äldrevården har specialister.
91. Trend 3: Ökad kompetens i den kommunala sjukvården.
98. Trend 3: Kräver högre kompetens hos personalen. Specialistutbildning i geriatrik måste i framtiden då satsas extra på.
103. Trend 3: Det kommer finnas ett stort behov av specialistkunskap
107. Trend 3: Kvalitets kriterier för all vård.
111. Trend 3: arbetsgivarna kommer behöva stimulera sin personal med betald specialistutbildning för att upprätthålla den kvalitet som behövs
112. Trend 3: satsningar på specialistutbildningar inom äldrevård
122. Trend 3: Vi måste upplysa arbetsgivaren om vilken skillnad det gör med specialistkunskap
130. Trend 3: Definitionen av tillfredsställande äldrevård måste också utgå från de svårast sjukas behov, demensvård palliativ vård.
134. Trend 3: Uppvärdering av specialistutbildning i geriatrik
143. Trend 3: Det kommer att vara av stor betydelse att anpassa vården till de behov som uppstår i framtiden när en allt större del av befolkningen är äldre (>65 år) och en mindre del tillhör skattebetalargruppen? Hur matchar man dessa krav mot varandra utan att enbart försöka effektivisera vården?
145. Trend 3: Klinisk forskning inom äldrevården i kommunerna ska vara en naturlig del i vardagsarbetet. Kliniska lektorat där det finns högskola eller universitet.
157. Trend 3: Vi behöver arbeta mer med vikten av kommunal vård
44. Trend 3: Vi rattar en långtradare i kommunal hälso och sjukvård med ett B-körkort.
86. Trend 3: Tydliggörande värdet av specialistkunskap inom den geriatriska vården och en statushöjning av att arbeta inom geriatrisk vård. Öka antalet sjuksköterskor generellt inom kommunal vård och omsorg, utifrån att en helt annan vård bedrivs idag.
64. Trend 3: Våra professioner ska stötta den åldrande befolkningen att ställa krav på vården
-
33. Trend 4: Vården styrs väldigt mycket utifrån ekonomi
52. Trend 4: Vad avgör valet?
69. Trend 4: Vi måste visa framfötterna, visa värdet av att besöka DSK istället för läkare
79. Trend 4: Hur resonerar man när man bestämmer ersättningarna för olika typer av besök hos olika professioner?
96. Trend 4: Risk för att enskilda arbetsplatser slås ut när vårdtagare väljer själva. Befolkningen kanske inte väljer den vårdform som kan anses ges bästa resultat enligt tillgänglig evidens. Hur skall vi verka för att patienten får valfrihet utan att detta strider mot bästa tillgängliga evidens.
108. Trend 4: Ja för tillfället när resurser finns men det kan snabbt vända och frågan kommer framöver - vad som är rimligt i valfrihetens namn!
116. Trend 4: Hur kan VF vara med och påverka fördelningen av vårdens tyngsta och mest svårbehandlade patienter till även de privata vårdgivarna?
117. Trend 4: Positivt om det ger alla en valmöjlighet, även de gamla multisjuka och de socioekonomiskt belastade områden.
118. Trend 4: Förutsättningar måste finnas för äldre att kunna välja
121. Trend 4: Risk för att Vårdval medför ett mer strategiskt än patientorienterat synsätt hos vårdgivaren, hur kan vi vara med och motverka detta?
129. Trend 4: Livsstilsfrågor hinns inte med i öppenvården
144. Trend 4: Trend 4 Det är dubbeltydigt i vissa delar kan utvecklingen bli bättre men ibland kan den bli det sämre
155. Trend 4: Valfrihet kan riskera att mest vård ges åt röststarka och mindre vård till svagare grupper. Vård på lika villkor efter behov!! Ökad segregation och hälsoskillnader?
167. Trend 4: söka gränslös vård, andra- länder en utmaning
-
6. Trend 5: Fördel för oss, många av våra yrken arbetar hälsofrämjande
12. Trend 5: Möjlighet att visa värdet av våra kompetenser och vår kunskap
22. Trend 5: Vi vill arbeta hälsofrämjande men har inte de möjligheter som vi önskar. Vår kunskap borde vara mycket attraktiv.
29. Trend 5: Viktigt hävda oss, ta större plats och visa att vår kunskap viktig
31. Trend 5: Hur hanteras hälsofrämjande arbete vid kommunalisering av hemsjukvård.

- 32. Trend 5: Upplever inte att det föreligger på det viset. medborgare är intresserade av att få åtkomst åtgärdade, har inte tid att tänka hälsofrämjande. Politiker är inte heller inne på det spåret enligt de diskussioner som förs
- 37. Trend 5: Hälsofrämjande arbete är samhällsekonomiskt försvarbart och går kanske att hitta utrymme för i de flesta delar av hälso- och sjukvården.
- 56. Trend 5: I de slimmade vårdorganisationerna är det svårt att få resurser att arbeta preventivt, även om stödet finns hos beslutsfattarna så finns inte medlen.
- 110. Trend 5: Trend fem kräver att vi får använda vår kunskap fullt ut
- 120. Trend 5: Fortsätta poängtera vif yrkesgruppers betydelse för säker och hälsofrämjande vård, detta sparar pengar!!
- 132. Trend 5: Stor utvecklingspotential om "våra" professioner kliver fram och tar plats och driver detta arbete.
- 133. Trend 5: Egenvårds portalen fortsatt utveckling och utökad tillgänglighet av denna. Uppmuntra till detta!
- 149. Trend 5: möjligheter i teknisk utveckling, vara med och ta för oss
- 151. Trend 5: Det stämmer men kräver mycket engagemang och åtgärder från alla.
- 156. Trend 5: Skriver skolorna patientsäkerhetsberättelser?
- 164. Trend 5: nationella kvalitetskriterierna utveckla inom flera områden.
- 169. Trend 5: Öka vårt förebyggande hälsoarbete genom ökade resurser med mätning av nyckeltal
- 170. Trend 5: Prioriteringsutredningen måste dammas av och bli gällande!!
- 172. Trend 5: Skolhälsovård!

- 4. Trend 6: vi instämmer
- 9. Trend 6: 6 Ja det gör det,
- 10. Trend 6: vårdval med auktorisation kan medföra stora skillnader
- 17. Trend 6: barnfattigdomen ett problem
- 21. Trend 6: papperslösa
- 34. Trend 6: instämmer och även skillnader mellan landsbygd och storstäder. Socioekonomiska faktorer spelar stor roll. Vårdval ställer höga krav på kvalitetsuppföljningar
- 48. Trend 6: ersättningsystemen bidrar till att multisyka blir olönsamma
- 51. Trend 6: Efterfrågan på vård får styra mer än behovet av vård
- 55. Trend 6: Vi ska bära den frågan
- 57. Trend 6: Lyfta fram distriktsköterskans hälsofrämjande arbete.
- 59. Trend 6: Starta mätningar inom detta område
- 61. Trend 6: skillnaderna mellan rika och fattiga kommuner
- 65. Trend 6: Vårdförbundet ska arbeta för att utvecklandet av nationella vårdprogram/omvårdnadsprogram.
- 72. Trend 6: Vem ska i framtiden arbeta med hälsofrämjande arbete?
- 75. Trend 6: Landsbygden ser inte vinsterna med vårdval, snarare färre vårdcentraler/hälsocentraler. Felaktig ekonomisk kompensation/ersättning i vårdvalet
- 119. Trend 6: Saknar analys kring barnfattigdom
- 159. Trend 6: Vårdvalet är en nackdel när det gäller lika vård för alla!

- 30. Trend 7: Jobba vidare med nolltolerans
- 42. Trend 7: Vi hoppas att den nya patientsäkerhetslagen kommer kunna användas i arbetet för att närma oss detta
- 66. Trend 7: Det är mycket olika över landet i hur märkbar den uppåtgående spiralen i ekonomin märks
- 89. Trend 7: kommunernas okunskap att de är vårdgivare gör att patientsäkerhetslagen inte tas på allvar av många kommuner
- 113. Trend 7: Detta är ett levande ämne kopplat till våra yrken
- 124. Trend 7: Tydliggöra vilken kompetens vi ska ha. Vad vill arbetsgivaren ha för kompetens på arbetsplatsen.
- 125. Trend 7: Stora möjligheter för våra yrkesgrupper att påvisa att vi är avgörande för patientsäkerheten
- 140. Trend 7: Certifiering av specialistkunskap på arbetsplatsen.
- 141. Trend 7: kopplingen patientsäkerhet och arbetsmiljö ger oss möjlighet att driva villkors frågor
- 142. Trend 7: Enormt mycket lidande och ekonomi att spara inom detta område. Våra professioner är

nycklar för framgång.

150. Trend 7: Våga stå upp för vår profession.

162. Trend 7: Vi måste stiga fram och vara stolta och professionella. Vem ska respektera oss om vi inte gör det själva. Kopplas både till 7 och 4.

163. Trend 7: Trend 7 Ja det stämmer men det går väldigt sakta vi får hoppas att vår nya patientsäkerhetslag kan vara till hjälp.

166. Trend 7: Arbeta för att det bara ska finnas specialistutbildade ssk i psykiatri

40. Trend 8: Vi måste vara med att förhandla om de pengarna till löneutrymme

45. Trend 8: Värdera specialistkompetens

49. Trend 8: Ger en möjlighet att trycka på politikerna i lönefrågan

53. Trend 8: Tjänstesektorn störst, borde vara löneledande. Vi borde sätta märket!

60. Trend 8: Vem som ger vården är viktigare än innehållet! Där kan VF vara drivande.

63. Trend 8: Strategier för att få del av kakan när det gäller Sveriges goda ekonomi.

68. Trend 8: Säkra utbildningsbehovet för framtiden när pengarna finns

77. Trend 8: Vi behöver komma in i vårdens ledarskap för att komma till finanserna

92. Trend 8: Men frågan är hur vi använder resurserna. Prioriteringar och offentliga åtagandet behöver förtydligast

95. Trend 8: Kan snabbt ändras

101. Trend 8: Höja våra yrkesvärderingar och våra löner!!!!!!!

105. Trend 8: Det märks inte i lönesammanhang.

106. Trend 8: Vilken strategi ska vårdförbundet ha oavsett världsekonomi?

114. Trend 8: Om ekonomin är på uppåtgående kommer troligen Vårdförbundet profilera oss mot studenterna. Mer än vid en lågkonjunktur. Annars kommer troligen studenterna inet behöva oss.

115. Trend 8: Påverka våra arbetsgivare att ha långsiktiga strategier.

126. Trend 8: Vi måste ge möjlighet för medlemmar som vill utvecklas som företagare i vård o omsorg gm påverkan nationellt o lokalt att agera i vårdvalssystemen.

131. Trend 8: Modiga ledare som vågar se långsiktigt son planerar för de stora pensionsavgångarna.

139. Trend 8: Möjligheter att påverka hur ekonomin hanteras. Dock hot att vården kräver större resurser vilket medlemmar i verksamheterna upplever endast minskar

148. Trend 8: trots att ekonomin i sin helhet går bättre så prioriteras inte hälso-och sjukvård med de resurser/överskott som blir

153. Trend 8: Hot med stora geografiska skillnader

158. Trend 8: Kraftsamling kring värderingförändring och använda oss av den stora bristsituationen, behoven/önskemålen om förebyggande arbete och fokus på en säkrare vård.

165. Trend 8: Allt arbetet med säker vård är den sötsta villkorsfrågan

58. Trend 9: Vårdens ledarskap ställer krav på just ledarskap inte arbetsledning enligt gammalt maner
78. Trend 9: Kommunerna tar på sig mer och mer uppdrag men måste ta större ansvar för hälso- och sjukvård

80. Trend 9: Tydliga ledare. Inspirerar och deligerar.

85. Trend 9: Nuvarande chefer behöver påfyllnad och utbildning för sitt ledarskapsuppdrag

88. Trend 9: Vi måste ta plats i vårdens ledarskap

97. Trend 9: Ökade krav på vårdens ledarskap. Behov av stöd.

99. Trend 9: Det finns mycket forskning kring ledarskap - Vårdförbundet kanske kan lyfta upp och sprida den

100. Trend 9: Ökat stöd/företrädande av chefsmedlemmar i deras villkor/arbetsmiljö.

123. Trend 9: Hur ska vi kunna behålla våra chefer

127. Trend 9: Ger professionerna möjlighet att kliva in i nya rum

135. Trend 9: internationellt perspektiv ang villkor utbildning säker vård

146. Trend 9: Påpeka att finanserna är goda och på så vis motivera att vi ska ha en större löneökning.

161. Trend 9: Ett hot om inte vårdens ledarskap kvalitetssäkras i form av tex utbildningar. Möjligheter för VF att påverka i den riktningen?!

173. Trend 9: Trend 9 ja det krävs mycket mer och där krävs oxå mod att politiker styrelse och ledningar vågar ge mandat till alla olika Professioner.

2. Trend 10: Ekonomismen styr och kortsiktigheten

5. Trend 10: Den negativa delen av individualismen får ibland för stort utrymme
8. Trend 10: Hoten mot våra villkor gm nya lagförändringar i arbetsrätten och inskränkningar i kollektivavtalsrätten.
11. Trend 10: 10. Personalslinskränkningar-slimmad organisation
16. Trend 10: Otydligt i den korta texten vilka som avses. annan formulering behövs
20. Trend 10: Detta är våra villkors frågor
25. Trend 10: Punkt10. Hälsosamma arbetstider blir allt mer viktigt för att undvika vårdskador, är vi utvilade presterar vi bättre och ger säkrare vård!
26. Trend 10: Vi är alltid utbytbara inom titulaturen - utan hänsyn till kompetens
39. Trend 10: Brister hos arbetsgivar organisationen
41. Trend 10: Vi måste lära oss att vara tydliga med vad vi pratar om. Vad är det vi menar? Vad ska vi göra.
50. Trend 10: Vad är arbetsmiljö-vad är patientsäkerhet?
70. Trend 10: Ta fram goda exempel, låta ledare i vården styra gm att vara kunniga och förlägga arbetstid ergonomiskt. Ledarna i vården måste ta större plats o inte gömma sig bakom HR-avd. Engagera medlemmar som säger nej till att arbeta för mycket
76. Trend 10: Tydliggöra skyddsombudsfunktionen för förtroendevalda på arbetsplats.
81. Trend 10: Brister i vården skapar ohälsa, dåligvårdsmiljö och vårdskador. Detta är svåra villkorsfrågor som behöver arbeta mycket mer på.
84. Trend 10: Vi måste rikta frågorna mot arbetsmiljö.
137. Trend 6: Fortsatt arbete med att sätta patienten i centrum.
147. Trend 10: Hur engagerar vi våra medlemmar i detta och skapar en samhällsfråga
160. Trend 10: finns inte villkoren och arbetsmiljö för våra profession kan inte professionen utvecklas.
168. Trend 10: Hot att i en trend blanda patienter och personal

Bilaga 2 c – Dialog punkt 14.1 - Vårdförbundet

Finns det något område du behöver veta mer om inför fortsatt diskussion och beslut i september?

1. Förtydligande av kriterierna
2. Kvalitetskriterierna är otydliga
3. webbdialog om kvalitetskriterierna så att de är klarfa i september
4. Kvalitetskriterierna är otydliga
5. Kvalitetskriterierna behöver förtydligas
6. plattformen för förtroendevalda, bör vara klar innan vi möts i sept.
7. gemensam grund för utbildning av förtroendevalda
8. Kvalitetskriterierna behöver förtydligas
9. organisationsförändringen leda till vad?
10. Kvalitetskriterie diskussionen behöver fördjupas innan beslut
11. ledarskapsrollen för förtroendevalda viktiga att vi kommer igång
12. Kvalitetsmålen måste genomlysas bättre. Flera frågetecken finns kvar.
13. Fatta beslut så snart som möjligt i de "enkla" frågor som går ex medlembrosch
14. Webbplatsen är otydlig och svår att hitta information på.
15. om och när tema vårdförbundet ska avslutas
16. Vi behöver diskutera tempot i processen kring motionerna.
17. förtydligande av förtroendevaldarollen på olika nivåer
18. Bra att det nu finns tid fram till september för dialog med medlemmarna kring kriterierna.
19. Kvalitetskriterierna känns trygga nu måste vi utmana oss själva
20. Att besluta om kvalitetskriterierna utan att veta om hur organisationen ser ut är att köpa "grisen i säcken". Vi säger att vi ska leva upp till något men vet inte om vi har organisationen för det.
21. Ny webbdialog
22. viktigt att plattform för förtroendevalda är klar när kongressen återupptas
23. Nya webben är svårhanterlig.
24. Tydliggöra vad som är mation som skall besvaras snarast och vad som är ide som skall processas
25. Kvalitetskriterierna måste vara mätbara. Ett instrument måste finnas.
26. Se över rådgivande organ för förbundsstyrelsen. Ej vara sittande i FB-styrelsen för att få in ny input.
27. Öka medlemsvärdet - Hur?
28. hur ska vi efterleva att svara medlemmen inom 24 timmar, vad innebär det organisatoriskt
29. bättre framförhållning med material och ett tydligt syfte samt användningsområde
30. Kommunikationsstrategin behöver vidareutvecklas
31. Vad menas med att vi ska vara ett förbund? Krävs fördjupade diskussioner.
32. Cheferna i Vårdförbundet har varit lite diskussioner om i tema vårdförbundet hur har man resonerat där
33. mer fokus på HUR- frågor!!!
34. Bygga kvalitetskriterierna även för framtiden - revideras så ofta det behövs
35. mer gemensamma grundstrategier
36. Kvalitetskriterierna kräver sitt ledarskap
37. Fler privata arbetsgivare-hur hanterar vi detta med facklig tid
38. Kommunoilation
39. gemensam plattform för förtroendevalda
40. Vår organisation måste vara snabbare med i omvärldens förändringar
41. Kommunikationen behöver bli öppnare och tydligare och med kvalitet.
42. Webbsidan är otydlig
43. medlemsutbildningar
44. ideburet ledarskap
45. Mer fokus på de förtroendevalda och deras uppdrag och villkor i uppdraget.
46. Delaktighet i senare skede i beslutsprocess, möjligt komma med synpunkter?
47. kommunikation
48. vårdförbundet behöver bli ä än synligare i media. vi ska ta plats!
49. Bästa hälsningar från bord 5
50. Bästa
51. Lycka till från bord 8

52. Det saknas granskning av interna organisationen i rapporten Tema förbundet. detta är en av de uppdragen som kongressen gav styrelsen år 2008.
53. Kvalitetskriterier är tydliga men vi kan behöva redskap för att implementera ute i organisationen.
54. snabbare akademiseringsprocessen
55. diskussion om tema vårdförbundet ska vara en fortsatt på gående process eller ska det innas ett slut datum
56. Svårt föregå och besluta om plattform för fv innan vi beslutat framtida org. Vi vet ändå vilket uppdrag vi har och vad som förväntas av oss idag.
57. Akademiserings processen saknas
58. Kvalitetskriterierna: Personlig återkoppling inom ett dygn.Hur skall det gå till? t.ex. helger
59. Kontrestisering av "HUR"
60. Vi måste kunna leva upp till de kvalitetskriterier som sätts upp
61. Vad kan Vårdförbundet erbjuda mig som passiv medlem
62. Otydligt vad stadgändrngarna innebär
63. Passiva medlemmar finns inte. De har tagit ställning gm att gå med.
64. Kvalitetskriterierna behöver förtydligas
65. Kommunikation - bättre sökmotor på webben, det är ett verktyg för att söka info material (ofta kommer diverse annat först såsom protokoll där saker nämnts)
66. Hur skapar vi medlemsvärde för de som är pensionerade
67. Hemsidan svår att hitta på, får ibland fram Vårdfokus nyheter vid sökning, istället för Vårdförbundets politik t ex kring arbetstid
68. Webbdialog låg svarsfrekvens - tillförlitlighet?
69. Webben mer exklusiv för medlemmar.Mer under inlogg.
70. Våga släppa sarjen och kom in i matchen vi måste tänka utanför hur det är idag,sluta skydda och bevara utan förändring - nu
71. Det man tidigt såg inte omfattades av tema VF borde man behandlats direkt.
72. Hur ska den interna kommunikationen och diskussionen kunna utvecklas gällande villkorsfrågor ?
73. Större användar vänlighet av Webben
74. Hur ser vi på vårdens ledarskap och hur tydliggör vi det i våra kvalitetskriterier?
75. kör på med kvalitetskriterier men vänta med det mätbara (ex 24 timmarsregeln), inget mätbart på de övriga tre
76. Önskvärt med snabbare och tydligare hantering av motioner, och med förhoppningen att ingen motion skall släpa med in i nästa period!!!
77. Hemsidan är svår att hitta på, svårhanterlig
78. Ett gott och respektfullt samarbete mellan olika yrkeskrupper i vården gynnar all parter och speciellt patienten
79. Håller fullständigt med punkt 76!
80. Vilken konsekvensanalys behövs för 24 timmars återkopplingen?
81. Hantering av motioner, vem skall ge förslag till beslut?
82. Hur får vi en demokrati för alla medlemmar?
83. håller med 19
84. Hur hålla igång dialogen i diskussions forum på hemsidan
85. I dokumenten måste det tydligöras att vi inte är ett patientförbund utan ett yrkes/fackförbund.
86. Kriteriet kommunikation behöver ses från många olika perspektiv vid fortsatta diskussioner
87. tjäna samhället bytas till samhällsuppdragen
88. Trots att vi inte ska tänka på hur det ser ut idag så spelar resurserna en viss roll. De är inte oändliga.
89. Stärka medlemmarna till att diskutera och ta plats i förändringarna i våra villkorsfrågor
90. Kommer det tas hänsyn i ett organisationsförslag att det ser olika ut runtom i vårt land?, det ser olika ut vad gäller andelen privata och offentliga arbetsgivare, vilket också medför att behoven av förändringar kan vara olika mellan dessa ställen
91. vårdförbundets hemsida är oehört svårnavigerad
92. VAd gör Vårdförbundet för medlemmar som inte är chefer men arvbetar administrativt till viss del eller helt- typ kvalitetsutvecklare osv- De bidrar mkt till vårdens utveckling o viktiga för oss
93. Hur kan förbundet ta om hand medlemmars idéer kontinuerligt istället för att enbart fånga in motioner på kongress?
94. 24 timmars regeln något oklar hur tolka
95. Påverkanskriteriet luddigt -vad vill vi nå? Handlingsplaner behövs? Hur utvärdera?
96. Hur tänker styrelsen när ni vill skriva i stadgan att Vf är en yrkesförbund som tillvara ta fackliga intressen? Vad menas med fackliga intressen? Hur blir det med fackligtid, förtroendemanna lagen,

samverkan om vi blir en yrkesförbund?. Enligt lag är det bara en arbetstagar organisation som får förhandla med en arbetsgivare organisation. Tycker att det är viktigt att det tydligt i stadgan att vi är en fackförbunde som värnar om alla fyra yrken.

97. Instämmer

98. vi behöver inte bara stärka medlemmarna utan även våra fackliga företrädare ute på arbetsplatsen att ta ställning och plats utifrån vårdförbundets vision etc

99. 85. I dokumenten måste det tydliggöras att vi inte är ett patientförbund utan ett yrkes/fackförbund. Vårdtagarnas frågor tar över de yrkes/medlemsfrågor vi driver. Många medlemmar klagar över detta!

100. Rätt Ulf

101. Bättre förankring av olika kampanjer som ska genomföras så att alla kan stå för helheten.

102. håller med punkt 99, vi är ledande inom vårdens utveckling men hur utvecklar vi oss som fackförbund, få genomslagskraft gällande arbetsrättsliga frågor som arbetstider, lön etc om vi lägger mkt focus på vårdens frågor?. är det inte viktigt att vi lägger focus på detta också så vi inte tappar fler medlemmar?

103. Nu är semesterlagens vara och icke vara på diskussion, ökat oövertidstak i arbetstidslagen och förändringar i ledighetslagstiftningen. Vi måste ta plats även i dessa diskussioner!

Bilaga 3 – Dialog punkt 20 - Strategier

15:3

1. 15.3: Här är en strategisk punkt 15
2. 15.3: Ökat samarbete med våra yrkesorganisationer
Bilaga 3
3. 15.3: Äll drevården ska ledas av rätt lönesatta specialistsjuksköterskor vars kompetens används fullt ut.
4. 15.3: håll kvar 0-visionen om vårdskador
5. 15.3: Att arbeta aktivt med att vi finns med i alla ledningsgrupper
6. 15.3: Våra yrkesgrupper måste sitta med i olika ledningsgrupper för att belysa våra frågor i vårt idé dokument
7. 15.3: ledarskapet
8. 15.3: Fortsätta med "Noll vision mot Vårdskador".
9. 15.3: Vårdens ledarskap som strategier
10. 15.3: Vården skall präglas av rätt kunskap och kompetens på rätt plats.
11. 15.3: Ett gemensamt, enkelt budskap!
12. 15.3: 0 visionen kvar!
13. 15.3: Nolltolerans mot vårdskador snarare än nollvision för att stärka innebörden i begreppet
14. 15.3: Medverka till att utforma och använda evidensbaserad kunskap/vård
15. 15.3: Mer och tydligare opinionsbildning
16. 15.3: alla arbetsgivare inbegripes i 0-visionen, ingen kan argumentera emot
17. 15.3: implementera begreppet Vårdsäkerhet=Arbetsmiljö/Patientsäkerhet
18. 15.3: Tydliggöra betydelsen av våra 4 yrkes kunskap för vårdens utveckling
19. 15.3: Genom att vi har rätt kompetens på våra ledare i vården och att dom finns med i ledningsgrupper i hela landet gör att vi får noll vision för vårdskador och att hälsoekonomin blir mycket bättre.
20. 15.3: Fortsätta arbetet med nollvisionen.

21. 15.3: Varför ska vi byta ut Säker vård, profession och Villkor Vi har behov att fortsätta med dessa
22. 15.3: Patienten har inflytande i sin vård.
23. 15.3: 15.3 Vi ska arbeta med att sprida resultatet av vår kunskaps bidrag till säker vård med hög kvalitet
24. 15.3: Våra professioners kunskapsområden och våra etiska koder vägleder framtidens vård
25. 15.3: Nollvisionen-bästa vården-villkoren av VFs professioner!
26. 15.3: Visa värdet i vårdmötet
27. 15.3: Vi skall arbeta för en sammanhängande vårdkedja för vårddagaren.
28. 15.3: Arbeta för att utforma utvärderingsmetoder/mätmetoder som visar på vara professioners betydelse/bidrag
29. 15.3: Student. Spelar ingen roll hur bra vision VF har om vi inte lyckas marknadsföra den. Tänka på hur budskapet levereras, tänk förpackning!
30. 15.3: Vårdens hierarkiska system är nedbrutet och vården styrs av kunskap.
31. 15.3: Lyfta och tydliggöra våra kunskapsområden
32. 15.3: Alla som söker vård ska ha rätt att få nytta av och tillgång till vårdförbundets olika professioners kunskapsområden.
33. 15.3: Hälsoekonomiska tal utifrån våra egna yrkesgrupper och specialistkunskap, som vi själva tar fram
34. 15.3: Vi skall synas och höras i media
35. 15.3: Modiga medlemmar som vågar påtala fel och brister och stå upp för sin legitimation
36. 15.3: Stärka ledarskapet.
37. 15.3: patientsäkerhet
38. 15.3: Verka för att förbättra villkoren för våra professioner
39. 15.3: nollvision i arbetsskador
40. 15.3: Vårdkvaliten och patientsäkerheten är navet i hjulet.
41. 15.3: Hållbar arbetstid- ger säker vård- behov av kompetens på dygnets alla timmar
42. 15.3: Vi kan visa på ekonomisk hälsovinst!

43. 15.3: Vi måste få alla medlemmar att stå bakom och förstå vår idé
44. 15.3: Jämlik hälsa
45. 15.3: Fler samverkanspartner
46. 15.3: fortsätta med samma fokusområden som tidigare eftersom visionen bygger på dem, fortsätta med "nollvisionen"
47. 15.3: Hälsosamma hållbara arbetstider för ett helt yrkesverksamt liv Detta för att kunna ge en säker vård
48. 15.3: Utveckla äldrehälsovård
49. 15.3: Fokusera på få strategier visar på styrka och tydlighet
50. 15.3: Verka för att tydliggöra värdet av specialistkunskap
51. 15.3: Student: Vill och bör vara samma, annars borde vi vilja något annat.
52. 15.3: Vårdförbundets medlemmar tar plats i vårdens organisationer på ALLA nivåer.
53. 15.3: all vård grundar sig på evidens oavsett vem som utför den, var och när den utförs
54. 15.3: Fokusera på förbättringsarbete i stort och smått
55. 15.3: Våga sätta en strategi
56. 15.3: Viktigt att våra förtroendevalda är väl insatta i frågan och kan förmedla ut strategin
57. 15.3: Konkret påvisa hur vår kunskap gör vården säkrare, billigare och bättre.
58. 15.3: Äldrevården i centrum.
59. 15.3: Kompetens och kvalitet kräver tid
60. 15.3: Nollvision-fortsätta med det
61. 15.3: Sprida kunskap om vad våra professioner kan bidra med för en säker vård
62. 15.3: Vi ska initiera förbättringsarbete i alla verksamheter på alla nivåer hela tiden
63. 15.3: Utveckla förebyggande hälsoarbete
64. 15.3: En god vårdmiljö. Innehåller jättemycket; arbetsmiljö, rätt kompetens på dem som vårdar, lön för rätt kompetens, bemanning där vi jobbar, patientens delaktighet, viljan att utveckla vården, möjligheten att orka ett helt yrkesliv, ledningorganisation.
65. 15.3: Mer focus på närvård

66. 15.3: Det finns ett tydligt samband mellan patientsäkerhet och bra villkor för personalen
67. 15.3: Värderingsförändring
68. 15.3: Synergi mellan våra 4 yrkens kunskaper oavsett var vi befinner oss i vårdkedjan och under vilken aktör har betydelse för resultatet
69. 15.3: jämlik vård
70. 15.3: tt alla ska erbjudas en vårdlots.
71. 15.3: stärka och rätt värderingen av vår kunskap ger en säker vård
72. 15.3: Tydliggöra våra medlemmars betydelse för kostnadseffektiv vård
73. 15.3: Vilket är Vårdförbundets varumärke?
74. 15.3: Kompetens i centrum både inom vården, ledning och ekonomi
173. 15.3: Vi behöver utveckla konceptet "Nollvision mot vårdskador" för att nå framgång på olika nivåer, från arbetsplats till nationell nivå
174. 15.3: Teamarbete för framtida säkerhet. Patienten är en i teamet

16:3

75. 16.3: verka för reglerade specialistutbildningat för alla 4 professionerna
76. 16.3: Det skall finnas integrerad klinisk forskning för alla våra yrkesgrupper
77. 16.3: mentorskap
78. 16.3: Viktigt med likvärdiga utbildningar på alla lärosäten i sverige!
79. 16.3: VF arbetar in kompetensstege, med specialistutbildning, i avtalen med SKL och privata vårdgivare, innehållande betald utbildning.
80. 16.3: Nolltolerans mot vårdskador snarare än nollvision som begrepp.
81. 16.3: Barnmorskan bör räknas som specialist i obstetrik och gynekologi eftersom grundutbildning till sjuksköterska krävs. (AG utnyttjar argumentet "grundutbildad" i lönesättningen.
82. 16.3: Nationella mötesplatser för diskussioner och utveckling av idén.
83. 16.3: Jämlik hälsa
84. 16.3: öka antalet disputerade i verksamheterna

85. 16.3: Det nationella samverkansorganet bär grunden i att kontrakt nationellt finns mellan högskolor/universitet och verksamhet för att säkra utbildningskvalitet i klinik.
86. 16.3: Möjlighet till att kunna forska
87. 16.3: Utbildning ska vara en del av anställningen och fullt betald. Möjlighet att kombinera forskning och arbete.
88. 16.3: Huvudhandledare har lägst magister
89. 16.3: Vf arbetar för att tjänster inrättas med betald utbildning.
90. 16.3: vid upphandling av vårdverksamheter, beakta vikten av forskartjänst. för att möjliggöra akademien med kliniken.
91. 16.3: Nationellt likvärdiga utbildningar gällande kvalité och innehåll.
92. 16.3: En tydlig koppling av utbildning-forskning och lön
93. 16.3: Fortbildning liksom kompetensutveckling leder till förbättring i verksamheten.
94. 16.3: 16.3 Strategi för att höja kvaliteten i vården av äldre: Prioritera betald specialistutbildning inom äldrevården
95. 16.3: arbeta gentemot skolorna för att få den bästa möjliga utbildning.
96. 16.3: Viktigt att studenten är väl införstådd med vad yrket innebär utifrån etik värderingar, förlöpande samtal under studietiden!
97. 16.3: Särskilda befattningar inrättas för den som har fördjupad kunskap
98. 16.3: Vi skall vara med i ledningsgrupper på alla våra högskolor och universitet där våra utbildningar finns för att kunna upprätthålla och säkerställa kvaliteten inom utbildningarna , det skall finnas kliniska lektorer, adjunkter ,prof essorer
99. 16.3: marknadsföra våra fyra professioners utbildningslängd och innehåll till allmänhet och maktavare
100. 16.3: Förbättrad handledning,
101. 16.3: Göra våra kunskapsområden kända och erkända i samhället
102. 16.3: Verka för att högskolor/universitet våga kräva mer av arbetsplatsen/verksamheten, krav på kompetens och tid, tex handledarkompetens, ev mindre antal patienter för att få bättre vfu
103. 16.3: VF arbetar för en ökad andel kliniska adjunkter och kliniska forskningstjänster i vården.
104. 16.3: Kompetensutveckling och specialistutbildning sker inom ramen för anställningen

105. 16.3: kampanj tillsammans med yrkesförbunden gentemot politiker omvärlden. kortfattad strategi när det gäller vfb politiska idé i samverkan med SKL, andra regioner, landsting - samtidigt! för att nå ut och starta upp processen
106. 16.3: VF jobbar för nationella riktlinjer vad gäller utbildningarna
107. 16.3: Forskarbehörighet
108. 16.3: Verka för att tjänster skapas som följer kompetensutvecklingen
109. 16.3: Verka för att det finns tjänster avsatta för forskning
110. 16.3: Att mer aktivt vara med och påverka utbildningsdepartementet i utbildningsinnehållet så att det blir mer likvärdigt nationellt.
111. 16.3: Student: Problem att många handledare inte vill vara det. Ge incitament för detta. Visa hur handledarskapet kan vara utvecklande för student, handledare och verksamhet!
112. 16.3: utbildning är en investering som ska löna sig för samhälle och individ
113. 16.3: Rätt kompetens handleder studerande och nyanställda
114. 16.3: Mentorskap för säker vård!
115. 16.3: Handledarutbildning för alla våra professioner
116. 16.3: Verka för att det finns studierektorfunktioner för utbildningar
117. 16.3: Standardiserade grundutbildningar/specialistutbildningar
118. 16.3: forskarbefattningar i verksamheten.
119. 16.3: Ta till vara på erfarenhetsbaserad kunskap med mentorskap
120. 16.3: Ökat samarbete mellan utbildning och verksamhet för att tillvarata kunskap.
121. 16.3: Tydlig koppling mellan forskning i den direkta vården (det dagliga arbetet)
122. 16.3: annonskampanj mot allmänheten
123. 16.3: Enhetlig utbildning i hela landet för alla våra yrkesgrupper
124. 16.3: kvalitetsäkra specialistutbildningarna
125. 16.3: Student: Lärare från universitetet ska själva ta på sig arbetskläder och komma ut i verksamhet för att kunna minska gap mellan teori och praktik.
126. 16.3: Fler professorer tjänster måste inrättas för våra yrkesgrupper

127. 16.3: Medlem måste kunna se nyttan av koppling mellan utbildning, forskning och att det ger LÖN
128. 16.3: Kliniska utbildningarna har hög kompetens
129. 16.3: synliggöra kunskapsområden internt på sjukhus eller enheter och ut i samhället. Skolor och mässor för allmänhet .
130. 16.3: Hur validera "gamla" utbildningar?
131. 16.3: 16.3 Verka för en trygg inslussning för nyutexaminerade i yrkeslivet med hjälp av mentorer
132. 16.3: Arbetsgivaren måste ta ansvar för att VF medarbetare får möjlighet att utbilda sig i omvårdnad. Både ekonomiskt och tidsmässigt.
133. 16.3: Anställning som kliniska adjunkter eller lektorat inom kommun, stat landsting och privata vårdgivare
134. 16.3: Göra en ordentlig konsekvensanalys av vad resultatet kan bli av vårt tidigare beslut om att verka för 4-årig grundutbildning. Omvärdera det beslutet. Är det det bästa?
135. 16.3: yes we can
136. 16.3: Se över kvalitén på handledarna.
137. 16.3: Rikta mer medel till våran forskning för att komma vidare i akademiseringen.
138. 16.3: Mentorskap.
139. 16.3: Halleluja
140. 16.3: Viktigt att lärarna har en god kompetens och en tydlig koppling till verksamheten. God kännedom om vården idag!
141. 16.3: Sjuksköterskorna ställa krav på att deras kunskap ska användas
142. 16.3: 75. Ett kompetent ledarskap med förståelse för hur specialistkunskap kan användas i verksamheten.
143. 16.3: Fler kliniska lektorer med 50-50 tjänst mellan klinik och lärosäte
144. 16.3: Nationellt enhetliga kliniska examinationer innan legitimation
145. 16.3: Tänk på konkurrenskraften internationellt.
146. 16.3: Tydliggöra för politiker värdet av specialistutbildning för utveckling av vården.
147. 16.3: tid att handleda och tid för kompetensutveckling tex kandidat och magisterexamen

148. 16.3: implementering av ny kunskap en del av vårdvardagen
149. 16.3: Alla på alla nivåer har den utbildning som krävs
150. 16.3: Arbetsgivaren måste se vår kunskap som nödvändig för en god vård - Påverkan
151. 16.3:Handledarutbildning ska alla som handleder studenter och nyanställda ha
152. 16.3: Catch up för våra medlemmar att få behörighet att ha möjlighetspecialistutbilda sig.
154. 16.3: Tid finns för kontinuerlik kompetensutveckling på arbetstid
155. 16.3: Jobba för att flera yrkeskategorier har en gemensam start på sin utbildning. (läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietiste mfl)
156. 16.3: kombinationstjänster
157. 16.3: Arbetsgivaren har ett stort ansvar för rätt kompetens i verksamheten
158. 16.3: Konkretisera hur vården kan utvecklas med specialistutbildning
160. 16.3: Vår kunskap gör skillnad
161. 16.3: Synliggöra och stärka de kliniska lärarnas arbete!
162. 16.3: Viktigt med handledarkompetens utifrån kandidat och magister/masternivå
164. 16.3: Nationellt likriktade utbildningar.
165. 16.3: Inventering av vilka specialistutbildningar som behövs för alla våra professioner.
166. 16.3: 16.2 Skapa dialoger med politiken både lokalt och nationellt
167. 16.3: Våra kunskapsområden ger medborgarna/patienterna god livskvalitet och måste kvalitetssäkras.
168. 16.3: Kandidat/magisterutbildning för våra chefer.
172. 16.3: Titta hur det är i de andra nordiska länderna. Ta tillvara goda exempel.
175. 16.3: Betald specialistutbildning med en värderingsförändring i lönekuvertet
176. 16.3: Ta makten över våra utbildningar
179. 16.3: Utbildning ska löna sig och kunskapen ska värderas.
182. 16.3: Verka för att medlemmar med äldre utbildning får möjligheter att på enkelt sätt tillförskansa sig den kunskap som behövs för högre studier. Validera sin erfarenhet i samband med ansökan till högskola/universitet

186. 16.3: anställning efter kunskapsnivå

187. 16.3: 149 Fråga: när det står VERKSAMHETEN sid 4 kursiv mening Det ska finnas kliniska... Vad menas med Verksamheten? Kommun? Landsting? Vad?
Konkretisera/omformulera!

188. 16.3: Intensifiera arbetet och ge konkreta förslag till specialistutbildningar för röntgensjuksköterskor, biomedicinska analytiker och barnmorskor!

191. 16.3: genomlysning av verksamheten av behovet av specialist kompetens

193. 16.3: Student: Jobba interprofessionellt även under utbildningen såsom gemensamma kurser och VFU. Många fördomar om vårdens professioner bygger på att man inte samtalar med varandra men här tvingas man till detta.

195. 16.3: Lyfta klinisk forskning. Det finns jätte många goda exempel som det ibland är svåra att sprida. Här finns jätte många exempel på hur akademi och klinik kan samarbeta för att få bättre vård för medborgarna (även mer kostnadseffektivt!)

205. 16.3: 141. Den som handleder på avdelningsnivå ska ha minst samma akademiska utbildningsnivå som den han/hon handleder. Handledarutbildning - obligatorisk.

207. 16.3: Krav på viss specialistkunskap/kompetens inom olika specialistområden

209. 16.3: Utvärdera och konkretisera: Vad är specialistutbildning? Längden på utbildningen? Var går gränsen mellan specialistkunskap och specialistutbildning?

210. 16.3: synliggöra specialistkunskap inom våra professioner = högre lön

17:3

159. 17.3: Egen chefs- och ledar"förening" inom Vårdförbundet

169. 17.3: Nolltolerans mot vårdskador genomsyrar vårdens ledarskap

171. 17.3: Att våra chefer/ledare finns med i ledningsgrupper som en självklar part.

177. 17.3: Viktigt med att vi har egen inriktning inom förbundet för chefer och ledare

178. 17.3: Vårdförbundet måste stötta och stärka sina chefer/ledare i sin roll

180. 17.3: Medlemmar som blir chef/ledare ska vilja vara medlemmar fortsatt. Attraktivt VF för chefer!

181. 17.3: Chef/ledare nyckelroll för att utveckla vården

183. 17.3: Framtid att alla chefer/ledare har en magister

184. 17.3: Ledarna ska ha mandat för dom uppgifter som dom har.
189. 17.3: Vårdförbundet måste anordna utbildningar för chefer/ledare, viktigt med riktade utbildningar
190. 17.3: Alla AG har tydliga utbildningar och kompetensutvecklingar för vårdens ledare.
192. 17.3: Att våra chefer/ledare är grundanställda som chef/ledare
194. 17.3: Chef ska värderas utifrån uppdrag/mandat och inte utifrån professionstillhörighet
196. 17.3: LIV tillbaka.
197. 17.3: ÅteruppLIVning!
198. 17.3: Coachning till cheferna utifrån vårdförbundets politik
199. 17.3: Ledarna bör ha kunskap om vård. Eller ha en sakkunnig, omvårdnadskunnig person bredvid sig.
200. 17.3: Stöd åt ledare att ta mandat att besluta genom strategisk kompetensutveckling i samarbete med ag
201. 17.3: En omvårdnadsexpert ska sitta i ledningsgruppen.
202. 17.3: LIV! Ett utmärkt sätt att få ut våra strategier direkt till chefer!
203. 17.3: Som chef har man minst magisterexamen
206. 17.3: "Rektorsutbildning" för vårdens ledare
208. 17.3: vidareutveckla professionsidentiteten
211. 17.3: Vårdförbundet ska stötta chefer/ledare att försäkra sig om sina mandat
212. 17.3: Representanter från våra professioner i ledningsgrupper (ex chefssjuksköterska)
213. 17.3: arbeta för att chefsutbildningar ser lika ut i landet. Specialistutbildning i ledarskap för våra yrkesgrupper.
375. 17.3: Skapa nationella medlemsutbildningar för chefer och ledare
384. 17.3: Alltid ha med lönesättande chef med mandat inför löneöversyn!
385. 17.3: Skapa mötesplatser för chefsmedlemmar
386. 17.3: Tydliggöra för chefsmedlemmarna värdet av att vara med i Vårdförbundet
388. 17.3: Erbjud utbildning från VF till lönesättande chefer- koppla lön/hälsosam vårdmiljö.

392. 17.3: Nationell hantering av chefsfrågor, inte ligga på lokalavdelning
398. 17.3: Några "egna" ombudsmän till chefsmedlemmar
400. 17.3: Ledarskapsutbildning för dem som är intresserade av chefsuppdrag, få utbildning före de tar sin chefstjänst.
403. 17.3: Vi behöver chefer som är modiga medlemmar. Vi ska ge dem kunskap (ex vis en egen tidning LIV) och bjuda in till möten där de kan dela sina erfarenheter och stödja varandra. De ska driva utveckling på sina arbetsplatser.
405. 17.3: Vi måste uppmärksamma medlemmar som är med och utvecklar vårdens utveckling och är en väldigt viktig grupp för oss i Vårdförbundet - tex. de medlemmar som arbetar med IT, verksamhetsutveckling av olika slag mm- de känner sig inte hemma i VF och räknas ofta till administrativa och är ingen prioriterad grupp vid lönesättning osv. Annars missar vi deras kunskap i utvecklingen av vården.
409. 17.3: Den som har ansvar för verksamheten ska ha all befogenhet sätta lön-bort med personalkonsulter som lägger sig i!
412. 17.3: hitta neutrala arenor för alla medlemmar framförallt våra chefer.
541. 17.3: Lyft fram de positiva exemplen
542. 17.3: Ut med budskapet om vår vision för vårdensledarskap i en egen tidning riktad till chefer!
543. 17.3: strategiskt arbeta med frågan att ta tillbaka fulla mandat
544. 17.3: Forskning samband mellan ledarskap, god personhälsa och effektiv verksamhet
545. 17.3: Att chefer och ledare har kunskap om Vårdförbundets politik och använder den i det dagliga arbetet.
546. 17.3: Tidningen LIV saknas av många medlemmar som är chefer / Ledare åter inför den
547. 17.3: Verka för att chef/ledare får/har reella mandat och använder sig av dessa fullt ut.
548. 17.3: LIV borde återuppstå.. ett bra sätt att kommunicera vår politik till våra chefsmedlemmar !
549. 17.3: ett gemensamt forum nationellt
550. 17.3: Att vårdförbundet är det självklara valet för chefer/ledare
551. 17.3: Som chef och ledare är det självklart att vara medlem i Vårdförbundet.
552. 17.3: ta plats i ledningsgrupper
553. 17.3: Viktigt att våra kunskapsområden finns på alla ledningsnivåer.

554. 17.3: 0-visionen
555. 17.3: O visionen vårdskador
556. 17.3: nationellt forum för chefer och ledare
557. 17.3: Forskartjänster finns i alla verksamheter
558. 17.3: Hög akademisk kompetens hos chefen, magister/master och kontinuerlig ledarskaps utbildning.
559. 17.3: Proffesions utvecklingen viktig för att handleda och stärka studenter.
560. 17.3: Stärka våra chefer att de ska ta sitt ansvar och mandat.
561. 17.3: Utveckla en e-tidning för chefer, sänds till samtliga chefer/ledare via e-post
562. 17.3: Dokumentet om vårdensledarskap är giltigt för alla våra fyra professioner i vårt dagliga arbete. Dels när vi är arbetsledare men även i vår kontakt med patienter. Därför måste detta dokumentet spridas.
563. 17.3: vårdens ledare ska ha vård/ professionskunskap
564. 17.3: Se våra chefsmedlemmar som nyckelpersoner vi kan arbeta tillsammans med, med ett gemensamt syfte för att uppnå våra målsättningar. Genom att få med cheferna "på tåget" når vi längre på kortare tid.
565. 17.3: Samarbeta med TCO-råden där de finns för att inbjuda chefer till seminarium tex.
566. 17.3: Göra alla medlemmar medvetna om att de är ledare, även i mötet med patienter.
567. 17.3: Vårdförbundet medlemmar har en självklar plats i Vårdens ledning
568. 17.3: Nationella mötesplatse o utbildngar
569. 17.3: Viktigt att koppla ihop akademi med verksamhet genom sitt ledarskap.
570. 17.3: Medlemskap bland chefer. Aktivt rekrytera. Vi ska vara det bästa förbundet även för ledare i vården.
571. 17.3: Chefsskap är ett heltidsarbete att leda
572. 17.3: Se chefer och ledare som en egen medlemskategori - då de enligt våra mål, ska kunna leda andra yrkesgrupper på alla nivåer.
573. 17.3: Rekryteringsplattform av chefer.
574. 17.3: att verka för att finnas i all forum

575. 17.3: Ett tydligare forum för chefer inom lokalavdelningen
576. 17.3: Stärka chefer i att säga nej,
577. 17.3: All vår kunskap är kvalitetssäkrad
578. 17.3: Vårdens ledarskap är mer än chefsskap
579. 17.3: Tydlig info på webben till chefer (chefsloggning).
580. 17.3: Skapa Säker vård Tillskapa Adjunktjänster för våra medlemsgrupper.
581. 17.3: Bevaka chefs annonser så att våra grupper inte exkluderas
582. 17.3: Våra medlemmar som är chefer och ledare ta plats i de lednings grupper/arenor som finns runt om i vården
583. 17.3: Synliggöra de medlemmar som befinner sig i ex utredningar / upphandlingar närmast politiken.
584. 17.3: Ledarskapet måste värdesättas utifrån den uppgift det är.
585. 17.3: Vårdens ledarskap är unikt- kommer att ha bäring på alla våra politiska idéer- Vi behöver hjälp med att skapa och forma strategier för detta!!
587. 17.3: Förtroendevalda på varje arbetsplats/förvaltning/verksamhet för chefer (bevaka deras arbetsmiljö osv.)
588. 17.3: VF hjälpa till att stärka chefernas mandat.
589. 17.3: Nätverk/"klubb" för chefer/ledare i vården
590. 17.3: Att fler högre chefer kommer från våra medlemsgrupper. Beslutsarenan skall ha en annan struktur.
591. 17.3: Magisterexamen som krav för chefer/ledare är en förutsättning för att kunna plocka upp och dra nytta av den kunskap studenter och nytexaminerade har med sig från sina utbildningar. Annars fortsätter deras kunskaper att nedvärderas "äh, det där är bara dravel, så här gör vi här"
592. 17.3: Chefsstöd som organiseras utanför avdelningsstyrelserna, ev nationellt samordnat.
593. 17.3: Utmana andra möjliga chefsorganisationer/förbund och visa på vad som är bäst med oss. Skapa en vilja hos chefer att finnas i Vårdförbundet
594. 17.3: Det har varit bra strategier med separat lösning för chefer.

18:3

245. 18.3: Kompetensutveckling värdesätts
288. 18.3: Våra företrädare är synliga och intresserade på arbetsplatserna.
295. 18.3: Våra medlemmar är synliga på arbetsplatserna och tar plats i debatten.
326. 18.3: Ledare och chef är en egen yrkeskategori som kan leda alla specialiteter i vården.
334. 18.3: Genom att vi tillsammans utbildar och stöttar våra företrädare så kan vi ta plats i debatten, och i sin tur stötta chefen
335. 18.3: Betald vidareutbildning/kuskapsutbildning och ett givet lönepåslag efter genomgången utbildning. Det ska vara klart och tydligt vad jag får.
336. 18.3: Fortsätt med FULLT UT kampanjen
372. 18.3: Arbeta för att arbetsgivaren inte anställer grundutbildade sjuksköterskor på specialiserade arbetsplatser. Patientsäkerheten måste AG ta tag i.
374. 18.3: Använd marknaden, byt arbetsgivare, ställ krav
376. 18.3: Ta tag i lönediskrimineringen. Inte jämföra kvinnliga yrken med varandra utan manligt/kvinnligt.
378. 18.3: Inrättandet av specifika tjänster utifrån kunskap och utbildning, blir svårare att ersätta med vem som helst, högre krav på kunskap och kompetens
381. 18.3: 0 Vision vårdskador
382. 18.3: De nyexaminerade är rätt värderade
389. 18.3: Fortsätta arbeta med utveckling av den lokala lönebildningen
390. 18.3: Företagsekonomi: Vilken kompetens behöver arbetsgivaren för att vara konkurrenskraftig och vilken lön och andra villkor måste ag erbjuda för att rekrytera och behålla denna kompetens.
394. 18.3: Visa att vår kunskap leder till effektiviseringar och besparingar inom våra verksamheter samt leder till ökad patientsäkerhet
395. 18.3: Värderas jämlikt med likvärdiga akademiska utbildningar
396. 18.3: Våga utmana och ta plats
397. 18.3: Lönefrågan skall vara en ständigt pågående process som fortgår HELA året
399. 18.3: De rationaliseringar som våra medlemmars kompetens möjliggör skall synas i våra medlemmars lönekuvert. = sund personalpolitik.

401. 18.3: Våga säga nej och lita på processen
402. 18.3: Bort med Jante!
404. 18.3: Arbeta för krav på inrättandet av specifika tjänster utifrån utbildning och kunskap. Bygg in akademien i verksamhet med karriärmöjligheter utan att byta arbetsgivare.
408. 18.3: Med lokal lönebildning krävs lokala mandat att vidta åtgärder, jämför privatavtalen
410. 18.3: Vi måste få politikerna att förstå vårt värde och att vår kunskap är unik, för att de skall tillföra mer pengar i budgeten till våra löneökningar
411. 18.3: Lön ska vara jämlik
413. 18.3: Jobba för Pias lönetrappa. Individuella löner har inte fungerat under alla dessa år så nu måste vi tänka nytt.
415. 18.3: jämlikhet mellan könen, lönerstrukturen i samhället ska förändras
416. 18.3: Sluta prata procent och prata pengar
417. 18.3: Vi måste vara mer delaktiga i budgetarbetet i ett tidigt skede och på alla nivåer
419. 18.3: Jämlik lön mellan kön, vi måste värderas efter kunskap och inte efter köntillhörighet
422. 18.3: Öka rörligheten på arbetsmarknaden för våra yrkesgrupper
423. 18.3: Jämställdhet i samhället
424. 18.3: Lyfta de med akademisk kompetens
425. 18.3: Nolltolerans mot vårdskador
426. 18.3: Ledarskapet
427. 18.3: Ha ordentlig statistik utifrån specialist/kunskapsområde.
428. 18.3: Vi ska ha Lön efter kunskap/kompetens och bidrag till verksamheten
429. 18.3: Mer dialog med politiken på nationell nivå om hur vi får till en värdeförändring.
430. 18.3: Vi behöver en nationell plan för att arbeta mot politiker och samhälle , det räcker inte med lokala arbetet
431. 18.3: Genus, kopplat till jämlik hälsa.
432. 18.3: ingångslön

433. 18.3: Delaktighet i budgetarbetet.
434. 18.3: Gemensamt krav från VF oavsett löneavtal. Lönesättande chef med i hela processen- mandat/befogenhet att värdera!
435. 18.3: Påslag efter akademiska poäng/examina
436. 18.3: samma tre fokusområden som vi redan har, profession, säker vård och villkor. Paketera, patentera och presentera dessa över en längre tidsperiod. skapa ett varumärke av de fokusområdena
437. 18.3: Fortsätta strategin att värdera specialistkunskaperna rätt
438. 18.3: Lokal löneprocess i fas med budgetarbetet
441. 18.3: Medlemmarna måste ställa krav och värdera sig själva
442. 18.3: VF, arbetar nationellt för yrkesbunda lönekriterier.
443. 18.3: Aställningsformen och arbetsuppgiften måste ändras efter avlagda akademiska poäng/examina
444. 18.3: Ifrågasätta "respektavståndet"! Chefer måste kunna lönesätta sina spjutspetsar högre än cheflön
445. 18.3: Utvärdera lönepolitiken hur långt har det räckt för att få till en lönuppvärdering
446. 18.3: Omvårdnadskompetens i alla ledningsnivåer/grupper.
447. 18.3: Lön för kunskap - inte kön!
448. 18.3: Medlemsutbildningar i lön- och värderingsfrågor. Vi själva är största bromsen i en uppvärdering.
449. 18.3: Bort med Jante
450. 18.3: Stärka ledarskapet hos både AG och VF.
451. 18.3: Utveckla/använda kvalitativa mätsystem som vi kan dra statistik från
452. 18.3: alla vägar bär till högre lön
453. 18.3: kompetensutvecklingsplaner
454. 18.3: Att evidensbaserad kunskap synliggörs och värderas
455. 18.3: specialistkunskap ska löna sig
456. 18.3: Utveckla medarbetar/lönesamtalen.

457. 18.3: Utvärdera våra skrivningar i avtalen för att se hur långt vi har kommit med värderingsförändringen
459. 18.3: Enhetschefer kräva pengar till löneökningar utifrån medarbetarnas erfarenhet, kunskap och kompetens.
460. 18.3: mer samverkan mellan avdelningar i Vårdförbundet
461. 18.3: Individuell kompetensutvecklingsplan som följs upp årligen.
462. 18.3: Vi måste vara stolta och trygga och kunna beskriva vad vi kan och gör -både gentemot pat. och ag.
463. 18.3: Prata kronor och ören istället för procent!
464. 18.3: Mer differentierade lönekriterier på arbetsplatserna som kan ställas i förhållande till riktiga mål med verksamheten.
465. 18.3: Löneprocessen i budgetprocessen och i samverkanssystemet.
466. 18.3: Få in löneökningarna som behövs i budgeten.
467. 18.3: Specialistkarriär. Differentiera arbetsuppgifterna
468. 18.3: Specialistkunskap kopplat till anställning
469. 18.3: t
470. 18.3: Bättre info på webben
471. 18.3: Medlemsutbildning i hela VF ett gemensamt underlag!
472. 18.3: Fortsätta påverkansarbetet på ALLA nivåer, kampanjer, i de "rätta rummen, medlemmar tillsammans
473. 18.3: samhällsdebatt
475. 18.3: Se en framtid i den personliga löneutvecklingen under hela arbetslivet.
476. 18.3: prata lön alla dagar på året
477. 18.3: Ta plats och tillträde på alla arenor.
478. 18.3: Student: Vi måste börja värdera oss själva korrekt innan vi kan förvänta oss att andra gör det.
479. 18.3: vårdmötet
480. 18.3: Använd marknaden, byt arbetsgivare, ställ krav!

481. 18.3: hälsoekonomi
482. 18.3: Återigen kräva att vi ska löneförhandla på hösten, närmare arbetsgivarnas budgetarbete .
483. 18.3: arbeta för en acceptans och förståelse i samhället om att vi är lönediskriminerade akademiska kvinnoyrken.
484. 18.3: Omvärldsanalys hur det ser ut med löneavtalen i andra länder tex Norden kan vi ta efter hur dom har i sina argument och skrivningar. Vilka strategier har dom använt för att lyckas bättre än oss både lön och arbetstid
485. 18.3: lön-kunskap-verksamhetsmål
486. 18.3: specialist kunskap får inte bli ett inflationsbegrepp utan peka på det unika
487. 18.3: Sprida goda exempel!
488. 18.3: Tydligare & tuffare i processen. Cheferna fördelar fortfarande pottor
489. 18.3: Stärka medlemmarna att våga ta plats och stå för den kunskap och kompetens vi har.
490. 18.3: Student: Det visar sig mer och mer att den individuella lönesättningen är en spel för gallerieran. Reformera eller ta bort!
491. 18.3: Lokala medlemsmöten om lokala strategier.
492. 18.3: Mer kunskap om hur vi använder oss av Jämställdhet!
493. 18.3: 0-tollrans för vårdskador
494. 18.3: Möjlighet på alla arbetsplatser och alla våra yrkesgrupper till att kunna göra karriär och få speciella arb.uppg.
495. 18.3: Cheferna stärkas för att ta sitt ansvar och mandat.
496. 18.3: strategi för hur vi kan få upp första lönen !
497. 18.3: Vi ska vara aktiva i budgetprocessen.
498. 18.3: Fortsätta med nollvisionen.
499. 18.3: Cheferna måste ta tillvara sitt mandat - våga sätta lön efter kunskap, inte efter "potten".
500. 18.3: Våga möta medlemmarna och ta en diskussion med dem, få dem att skippa Jante!
501. 18.3: AID för alla oavsett arbetsgivare för att få en ordentlig statistik nationellt.

502. 18.3: Ha modet att våga prioritera - öka lönespridningen mellan p50 och p90
503. 18.3: Förbättra nationella/regional lönestatistik för att jämföra skillnader i lönenivå/spridning
504. 18.3: chefe
505. 18.3: Ta bort förhandlingar med SKL (eftersom de uppger att de inte har mandat att påverka lokala arbetsgivare, och inte heller har möjlighet att påverka dåliga lokala löneprocesser).
506. 18.3: vi träffar verksamhetschefen i löneprocessen
507. 18.3: Bättre löneanalyser centralt hos arbetsgivaren. Bättre lönestatistik.
508. 18.3: Tillgång till forskningsmedel.
509. 18.3: Student: Hitta sätt att mäta produktion på som är riktiga. Att mäta omvårdnad är kanske inte så simpelt.
510. 18.3: Få medlemmar att reflektera själva och fråga sin lönesättande chef varför jag har den lön jag har och vad jag kan göra för att få högre lön.
511. 18.3: motpartens vilja är avgörande för framgång
512. 18.3: Aktiva medlemmar som opinionsbildare
513. 18.3: Vi vill ha kronor - inte procent!
514. 18.3: Vi måste få medlemmarna att våga säga NEJ - till arbete som inte ger en rätt värdering av deras kunskp (i kronor). Om de inte betalar ska de ingen kompetens få...
515. 18.3: Släpp Bertha Wellin-komplexet! Vi ska ha betalt och bra villkor!
516. 18.3: Karriärvägar i form av specialistkunskap kopplat till specialsydda tjänster som genererar rejält lönepåslag
517. 18.3: Arbeta med och använda sig av löneprocessen.
518. 18.3: Livslöneutveckling!
520. 18.3: Student: Vi ska bestämma över våra utbildningsplatser. Tillgång och efterfrågan. Vi sak utbildna rätt kompetens och rätt antal.
521. 18.3: Arbeta för karriärvägar både i akademien och i verksamheterna. Givetvis i samverkan mellan de båda. Våra professioner är länken mellan de båda.
522. 18.3: Taktik - använda den lönestatistik som kan ge oss fördelar

523. 18.3: offensiv marknadsföring av VF med köpt mediatid via en bra reklambyrå, yrke värde lön
524. 18.3: Vända sig till andra inflytelserika organisationer och få "draghjälp" ideér om hur vi kan komma framåt i vår intention om värderingsförändringen
525. 18.3: Arb.givaren ska efterfråga forskning och inrätta speciella tjänster.
526. 18.3: Att bestämma oss för vilka mål vi vill nå i centrala löneavtal så att utvärdering är möjlig
527. 18.3: Medlemsrörelse!!
528. 18.3: Var inte snäll!!!! Veta värdet av den kunskap och kompetens man har och kräva den.
529. 18.3: vi tar hand om dej från vaggan till graven är en bra slogan
530. 18.3: Ta ett nationellt beslut på att göra en satsning på ett område/ år exempelvis heltidslön för nattarbete(70%).
531. 18.3: Student: Det tjuvas om specialistkunskap. Biomedicinska analytiker har ingen sådan väg att gå.
532. 18.3: Ta makt över utbildningsplatserna
533. 18.3: Enhetschefer skall vara med i budgetarbetet för att äska pengar till löneutveckling. De måste ta ansvar för löneutvecklingen!
534. 18.3: Vi måste kunna prata kr och ören. Allmenheten vet inte hur dålig lön vi har.
535. 18.3: På arbetsplatserna Ta plats i diskussionen om lönekriterier
536. 18.3: få varje medlem att beskriva sin unika kompetens och profession
537. 18.3: det ska finnas kompetensutvecklingsplan som är tydligt förankrad i löneutfallet på individ nivå
538. 18.3: jämställda löner utifrån arbetsvärdering gärna tillsammans med tekniska yrken men manlig dominans.
539. 18.3: cheferna är nyckel personer
540. 18.3: Vid förändring är i verksamheten som påverkar våra professioners innehåll i arbetet använder vi verksamhetsanalyser som redskap för lönesättning
586. 18.3: Vi behöver starka och kunniga förtrodda på varje arbetsplats som coachar medlemmar och tillsammans med dem driver kompetens- och löneutveckling på arbetsplatsen.

19:3

153. 19.3: vi bör ha som strategi att få till en egen "bilaga V" till AB som reglerar arbetstiderna alla som arbetar inom vården
163. 19.3: VF:s yrkesgrupper orkar arbeta ett helt yrkesliv!
170. 19.3: Arbetstiden anpassas till att vi alla har olika biologiska klocka! (Alla kan inte arbeta dag oh/eller natt).
185. 19.3: Det är i vårdmiljön vi tillsammans kan skapa de bästa villkoren och förutsättningarna för individuell kompetensutveckling vilket är grunden för att våra medlemmar kan vara professionella yrkesutövare.
204. 19.3: Jobba för att reflektionstid ingår som en naturlig del av arbetet
214. 19.3: Hållbart yrkesliv!
215. 19.3: Eget AB för vården.
216. 19.3: En hälsosam arbetsmiljö ger förutsättningar för en säker vårdmiljö!
217. 19.3: klara bemanningsmål
218. 19.3: Fortsätta arbetet med noll tolerans mot vårdskador
219. 19.3: Viktigt med god kunskap om arbetsmiljö/vårdmiljö frågor hos alla medlemmar!
220. 19.3: värdera vårdmötet
221. 19.3: Ett budskap om hälsosam arbetstid, vad det innebär, som vi gemensamt kan ansvara för att föra ut.
222. 19.3: modern arbetsorganisation
223. 19.3: Nolltolerans mot vårdskador
224. 19.3: Arbeta för att påverka arbetsinnehållet=förbättrad arbetsmiljö framför lägre arbetstid som enbart gör att samma arbete ska göras på kortare tid, vi blir inte fler när vi får lägre arbetstid
225. 19.3: Öka förståelsen för begreppet Vårdmiljö, inom organisationen
226. 19.3: Jämnlighet hälsa.
227. 19.3: hälsoekonomi
228. 19.3: Öka våra kunskaper kring hur vi arbetar med arbetsmiljö och arbetstids lagstiftning
229. 19.3: Rätt kompetens på rätt tidpunkt, används fullt ut!

230. 19.3: Arbeta för mera forskning för hälsosamma arbetstider
231. 19.3: Noll vision mot vårdskador kräver en hälsosam ma vilket arbetstider, god bemanning,
232. 19.3: Jobba för att sänka heltidsmättet.
233. 19.3: Anpassa heltidsmättet som en förutsättning för att klara ett helt yrkesliv från nyutexaminerad till ålderspension.
234. 19.3: Öka kunskapen i Arbetsmiljö
235. 19.3: Arbeta för att anordna medlemsutbildningar i dessa viktiga frågor
236. 19.3: Utveckla arbetet med andra organisationer, t ex inom TCO, för att förändra socialförsäkringarna mm.
237. 19.3: Tänk nytt! Tänk utanför "ramarna"!
238. 19.3: Använda arbetsmiljölagen mera, stärka kunskaperna i arbetsmiljölagstiftningen.
239. 19.3: Interaktiv arbetsmiljö utbildning
240. 19.3: inflytande, delaktighet och deltagande är viktiga strategier oavsett område
241. 19.3: Student: Att studenter lär sig kritiskt tänkande och får reflektera mycket under utbildningen gör att de ställer högre krav i arbetslivet avseende hälsosam vårdmiljö.
242. 19.3: Visa på hälsoekonomisk vinst vid hälsosam vårdmiljö!
243. 19.3: Kunniga, engagerade medvetna medlemmar som tar ut sina raster och sätter gränser. Våga stå upp!
244. 19.3: Tydliggöra ledarskapets betydelse
246. 19.3: Hela förbundet ska arbeta med arbetsmiljöfrågorna i fokus
247. 19.3: Utvecla ledarskapet i vården, öka deras kunskap om vårdmiljöns komplexitet
248. 19.3: Stärka våra förtroendevalda med arbetsmiljökunskaper
249. 19.3: Utbilda våra skyddsombud
250. 19.3: 0 Vision vårdskador
251. 19.3: Bli bättre på att påtala för våra beslutsfattare hur vår arbetsvardag ser ut.
252. 19.3: Hälsosamt arbetsliv med individuell lösningar.

253. 19.3: Vi ska kunna arbeta i ett system som tillåter säker vård, bra arbetsvillkår och bra hälsosam arbetsmiljö.
254. 19.3: Chefer med mandat som vågar prata om vad de behöver i i sin bemanning
255. 19.3: Medlemsenkät med frågor utifrån den nuvarande arb.situationen för att kunna göra förbättringar/förändringar som relaterar till hälsosam vårdmiljö.
256. 19.3: Använda patientsäkerhetslagen tillsammans med arbetsmiljölagen och göra risk och konsekvensbedömningar utifrån dessa båda tillsammans. Handlingsplanen skall inbegripa båda
257. 19.3: Genom vår kunskap, kompetens och erfarenhet inom vårdsektorn arbetar vi aktivt för att kvalitetssäkra vårdmiljön/arbetsmiljön.
258. 19.3: Aktivt möta upp studenter innan de går ut i yrkeslivet att diskutera arbetsmiljöfrågor
259. 19.3: Medlemmarna inte alltid delaktiga i arbetsmiljö frågor, möjliggöra detta genom utbildningar för alla medlemmar
260. 19.3: Ledarskapet är ett redskap för oss att få hälsosam arbetstid/vårdmiljö
261. 19.3: Huvudskyddsombuds utbildning
262. 19.3: 19:3 Normalvariation på arbetsplatsen kopplat till specifika handlingsplaner. Arbetsgivaren måste vara med på detta.
263. 19.3: Öka kunskap om arbetstid, arbetsmiljö, vårdmiljö till medlemmar
264. 19.3: Använd marknaden, byt arbetsgivare, ställ krav
265. 19.3: Ständig utbildning och träning i akuta och svåra situationer på arbetsplatsen.
266. 19.3: Vi bör diskutera arbetstider/hälsosamma arbetstider med medlemmar
267. 19.3: Vår kompetens skall finnas i ledningsgrupperna
268. 19.3: Sprida den forskning som finns, som visar på sambanden mellan patientens miljö /vår arbetsmiljö. Vårdmiljö!
269. 19.3: Fler medlemsutbildningar i hela VF med ett gemensamt budskap/underlag!
270. 19.3: Driva frågan att få reflektionstid
271. 19.3: Få medlemmarna att förstå att vårdmiljö innefattar arbetsmiljö.
272. 19.3: Öka kunskapen om arbetstider och arbetsmiljö- hur den påverkar oss - och driva dessa frågor tillsammans i hela organisationen

273. 19.3: utveckla villkoren för "ren nattjänstgöring" i stället för blandad dag/natt
274. 19.3: Våra medlemmar TAR sitt lagstadgade yrkesansvar och bidrar till den kontinuerliga kunskapsutvecklingen i och ständiga förbättringen av vårdmiljön.
275. 19.3: Student: En god säkerhetskultur förutsätter att våra yrken värderas högt av oss själva och andra så att introduktion i arbetet t.ex. inte inskränker sig till några dagar eller veckor.
276. 19.3: Bjuda in vårdtagare/brukare att ha synpunkter på hur vi arbetar, och att vi är lyhörda för detta
277. 19.3: Nollvision mot vårdskador kan vara en bra strategi för den kräver en hälsosam vårdmiljö med rätt bemanning, kunskap, rätt kompetens, hälsosamma arbetstider, bra säkerhetskultur, lyssnande ledning,
278. 19.3: Arbeta med värdegrund, bemötande respekt i vardagen
279. 19.3: Skapa förutsättningar genom anpassad bemanning för att kunna ta ut sina raster, friskvårdstimme, kompetensutveckling, semester.
280. 19.3: Forskning kring reflexionstid och produktivitet/kreativitet
281. 19.3: Vi arbetar proaktivt för en säker och hälsosam vårdmiljö.
282. 19.3: Tid för reflektion leder till säker vård/hälsosamt arbetstid/vårdmiljö
283. 19.3: Medlemmar och förtroendevalda måste våga ta diskussionen på arbetsplatsen om vad det är som är uppdraget för verksamheten, när man ska göra arbetsuppgifterna och vilken kompetens som behövs för att klara uppdraget och inte ta på oss att lösa andras brist på kommunikation och helhetstänkande.
284. 19.3: Genom att få fram våra forskare som kan påvisa den ekonomiska vinsten av att använda våra resultat
285. 19.3: Uppmuntra medlemmar att söka olika typer av chefsuppdrag inom vården
286. 19.3: Utbildning för samtliga medlemmar, utvärdera om cheferna vid nytt förordnande gått tex arbetsmiljöutbildning
287. 19.3: All tid som vi står till arbetsgivarens förfogande ska räknas som arbetstid.
289. 19.3: Vårdens ledarskap är unikt- Vårdförbundet är först
290. 19.3: Genom utbildning och kunskap stärka våra medlemmar
291. 19.3: Vårdförbundet måste hitta sätt för att stärka vårdmiljön när man jobbar i patientens/individens enskilda boende!
292. 19.3: senior adwiser

293. 19.3: Fasta individuella schema. Bort med flexen.
294. 19.3: att som strategi ha "nollvision" som genomgående tema för samtliga fokusområden. "nollvision" skär genom säker vård, profession och villkor.
296. 19.3: synliggöra den goda vårdmiljöns sätt att bli kostnadseffektivt
297. 19.3: Öka kunskap i personalekonomi
298. 19.3: I förtroendevald utbildning utbilda i ledarskap och möjliggöra ideén om att söka olika chefsuppdrag
299. 19.3: att kunna påverka sina arbetstider själv ska vara gynnsamt
300. 19.3: utbildning i konsten att säga Nej
301. 19.3: Värna om våra yrkesgruppers kvalitetskunskap
302. 19.3: Stärka våra medlemmar i att våga sätta gränser och använda systematiska arbetsmiljöarbetet i det dagliga arbetet
303. 19.3: arbeta för att förbättra system för avvikelser/ arbetsskador så att man kan använda sig av indatan för utvecklingen av vårdmiljön
304. 19.3: Gemensamma riktlinjer för hur förtroendevald tillika skyddsombud utses
305. 19.3: Evidensbaserad vård med text , vårdutvecklare hos alla arbetsgivare som bedriver Hälso och Sjukvård.
306. 19.3: Utveckla ett risk och säkerhetstänkande. Tydliggöra våra åsikter och krav som finns i vårt arbetsfält
307. 19.3: säkerställa ledarskapets hälsosamma arbetstider
308. 19.3: Medlemsutbildning i hälsosam arbetstid.
309. 19.3: Att kvalitetssäkra vården är kostnadseffektiv
310. 19.3: Student: Våra yrkesgrupper leder utformningen av hälsosam vårdmiljö vilket sker om vi och andra värdesätter t.ex. vår omvårdnadskompetens.
311. 19.3: rätten till rast
312. 19.3: Ställa krav på verksamheten att utvecklas
313. 19.3: tätare utbildning i arbetsmiljö för chefer
314. 19.3: Diskutera vikten av att vara utvilad för att klara de etiskt svåra mötena. Att använda de etiska koderna.

315. 19.3: Vårdförbundet är det mest efterfrågade förbundet i media när sjukvård diskuteras!
316. 19.3: Se över arbetsorganisationen och samordna de tvärprofessionella teamen, organisera vårdarbetet utifrån patienten.
317. 19.3: Lagstiftningen och kollektivavtal är grundläggande förutsättningar som stöd för individens och arbetsplatsens utveckling
318. 19.3: Vi tar makten över skyddsfrågorna och vår arbetsmiljö. Vi kvalitetssäkrar våra skyddsombudsutbildningar.
319. 19.3: Vårdens ledare är våra medlemmar och de söker stöd i sitt ledarskap i vårt förbund.
320. 19.3: Mentorskap mellan "nya" och "gamla" yrkesutövare på båda håll.
321. 19.3: Fadderskap för nyutbildade medlemmar för att trygga upplevelsen att vara ny i sitt yrke
322. 19.3: Uppmana medlemmarna att använda patientsäkerhetslagen och skiva avvikelser på alla risker i patientarbetet.
323. 19.3: Har individuella/verksamhetsapassade schema spelat ut sin roll ?
324. 19.3: Student: Vi måste ha ledare från våra områden som kan annat än att lägga scheman.
325. 19.3: Systematiskt arbetsmiljöarbete är lika viktigt som LEAN, ingen förbättring utan kvalitetssäkring.
327. 19.3: Vi måste se till att patientsäkerheten tillsammans med arbetsmiljön gäller dygnets alla timmar och årets alla dagar (även under semesterperioderna)
328. 19.3: Kvalitetsutveckling på arbetstid.
329. 19.3: Alla skyddsombud ska få en skyddsombudsutbildning inom vår organisation av expertis med högskoleutbildning i ämnet
330. 19.3: Ställa krav på att verksamheten tar tillvara våra kunskaper (direkt från högskolan)
331. 19.3: Ta rast, spara endast ett fåtal semesterdagar, hamstra inte flextid
332. 19.3: Våra professioner skall utöva det vi har kunskap och kompetens, samt värna att vi gör rätt saker.
333. 19.3: Se våra skyddsombud som auktoriteter inom arbetsmiljöarbetet och stärka deras roll gentemot arbetsgivaren.
337. 19.3: Schemalagd reflexionstid med återkoppling till arbetsplatsträffarna.
338. 19.3: Kvalitetssäkra it-system i vården ex vid upphandlingar

339. 19.3: Förenkla avvikelssystemet.
340. 19.3: Kunna byta ut semesterdagar mot sänkt arbetstid
341. 19.3: Generellt krav på dag/natt tjänstgöring är ett brott mot arbetsmiljölagen.
342. 19.3: Student: En hälsosam vårdmiljö kan argumenteras för med stöd i forskning från våra områden.
343. 19.3: Utveckla och förnya AB ang. arb.tider.
344. 19.3: Arbeta med att lyfta skyddsombudsrollen för de förtroendevalda.
345. 19.3: Nätverk för huvudskydds ombud
346. 19.3: Rätt yrkesgrupp på rätt plats, stärk yrkesprofessionerna
347. 19.3: En hälsosam vårdmiljö sparar pengar-ger en möjlighet till den värdförskjutning vi är värda
348. 19.3: Stärka förtroendevalda att få med medlemmarna "på banan".
349. 19.3: mer riskanalyser i vården,enl AML, patientsäkerhetslag
350. 19.3: Vi måste stötta de som tar ut sina raster och går hem när arbetspasset är slut, vi skall lyfta fram dessa som goda exempel!
351. 19.3: Utveckla nya system för avvikelshantering.
352. 19.3: Nationell utbildning för huvudskyddsombud.
353. 19.3: Nyttänkande arbetstider. Alla behöver inte börja kl. 07.00 på morgonen utan en del. ex. kl. 08.00. Undantag finns.
354. 19.3: Verka för att påverka arbetsvillkoren på arbetsplatserna. Inte minska arbetstiden och på så sätt fly det egentliga problemen
355. 19.3: Nationell utbildning för ALLA skyddsombud!!
356. 19.3: Gemensam värdegrund för inflytande och delaktighet
357. 19.3: Vi måste stödja cheferna när de ställer krav på att våra medlemmar skall ta rast och gå hem när arbetspasset är slut
358. 19.3: Dags att bryta perspektiv vid arbetstidsförläggning-för vem är vi där för
359. 19.3: Stödja och coacha chefen att ta sitt mandat och ansvar när det gäller vårdmiljö.
360. 19.3: Att huvudskydds ombud för ex privata verksamheter har en gemensam plattform

361. 19.3: 108. Medvetandegöra omgivningen vilka villkor vi arbetar under tex kampanjer, uttalande. "Vet du att jag arbetar både dag och natt", "Hälsosamma arbetstider - Ja Tack".

362. 19.3: Arena för våra fyra professioner att utbyta kunskap i det dagliga arbete t. Våga fråga varandra.

363. 19.3: Schemalagd reflektionstid.

364. 19.3: allas rätt till heltid, även möjliggöra heltid natt

365. 19.3: Schemalagd återhämtningstid.

366. 19.3: Student: Kvalitetskriterier såsom patientnöjdhet snarare än ensidigt medicinskt fokus.

367. 19.3: Kompetensutveckling på betald arbetstid ska vara en självklarhet

368. 19.3: Bemanning, påverkans möjlighet är stora frågor för våra medlemmar enl undersökningen

369. 19.3: Kompetens utveckling på arbetstid

370. 19.3: börja fr basic. Ta rast, gå till FHV vb, jobba ej öt hur som helst, respektera varandra, bli ej inofficiell chef mm då har vi bra arbets-vård miljö

371. 19.3: riktade medlemsmöten

373. 19.3: Jobba för att alla Landsting och Kommuner har samma dokumentationssystem.

377. 19.3: 141. Vi driver utvecklingen av att vårdmiljö är hälsosam.

379. 19.3: Student: Att tid avsätts på arbetsplatsen för att kunna ta del av forskning

380. 19.3: Rätt bemanning så målen kan uppfyllas.

383. 19.3: Mätbara resultat som visar att vår kunskap gör skillnad

387. 19.3: Ha förutsättningar att kunna läsa varandras dokument, även hos olika vårdgivare.

391. 19.3: Läkemedel som byter namn var och varanna dag är inte vårdsäkert. För en bättre säkerhetskultur borde vi använda substansnamnet.

393. 19.3: stärka enhetscheferna i sin chefsroll, utbildning, stöd, kunskap till dem via Vårdförbundet. Hemsidan - chefsinloggning.

406. 19.3: Minska läkemedelshantering för våra yrkesgrupper, överlåt till ex farm aceuter.

407. 19.3: använd hälso och sjukvårdslagen

414. 19.3: Utifrån evidens - ta fram minimibemanning till dom olika patientkategorier.
418. 19.3: Ta fram vårdtyngsmättnings verktygg för våra yrkeskategorier
420. 19.3: ombud 082 Starkt fackförbund med starka kunniga förtroendevalda
421. 19.3: Att nytt info material från Vårdförbundet får läsas av nya medlemmar/ studerande medlemmar innan det ges ut, med förfrågan om materialet känns relevant och att de förstår avd vi menar.
439. 19.3: Fortsätta arbetar med ARBETSMILJÖ och VÅRDMILJÖ som en enhet.
440. 19.3: Sytematiskt arbetsmiljö arbete och systematiskt patientsäkerhetsarbete är lika med vårdmiljö
458. 19.3: Vi måste få ut information och kunskap om vad som menas med vårdmiljö till alla våra förtroendevalda/medlemmar
474. 19.3: Professionen måste sätta gränser i vårt dagliga arbete!
519. 19.3: Organisationen måste vara kvalitetsäker. Det skall finnas så tydliga riktlinjer, rutiner och resurser inom organisationen så att "jag" får rätt förutsättningar att inte göra fel!