

A stylized orange branch with several leaves, curving from the bottom left towards the top right, framing the title.

VINJETTSTUDIE: BEMANNING AV EN FIKTIV DEMENSENHET

Louise Sundberg
Helena Strehlenert
Bettina Meinow

Rapport 2023:3
ISSN 1401-5129

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett kunskapscentrum stiftat av Stockholms stad och Region Stockholm. Vi arbetar för att förbättra äldre personers levnadsbetingelser genom att tillvarata och praktiskt omsätta erfarenheter och forskningsresultat inom områden av särskild betydelse för äldres situation i samhället. Vi genomför forskning och utveckling i egen regi eller i samarbete med eller på uppdrag av andra kommuner och organisationer.

*Läs mer om vår verksamhet på **aldrecentrum.se**. Där hittar du också våra rapporter i digital form.*

Vinjetstudie: Bemanning av en fiktiv demensenhet

Rapport 2023:3

Louise Sundberg, Helena Strehlenert och Bettina Meinow

ISSN 1401-5129

© Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Citera oss och sprid gärna våra rapporter, men ange alltid källan.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTANDE SLUTSATSER	1
INTRODUKTION	3
METOD	4
VINJETT	4
FOKUSGRUPPER	4
ENKÄT	5
RESULTAT	6
DYNAMIK I FOKUSGRUPPSDISKUSSIONERNA	6
VILKA SVARADE PÅ ENKÄTEN?	7
BEMANNING MED OLIKA YRKESGRUPPER	7
<i>Sjuksköterskor</i>	7
<i>Omvårdnadspersonal</i>	16
<i>Rehabiliterande personal</i>	23
<i>Konsekvenser av en alltför låg bemanning</i>	28
SAMMANFATTANDE KOMMENTAR	31
<i>Bemanning – en komplex fråga som hänger samman med kvalitet, olika yrkesgruppers uppgång samt personalens kompetens och arbetsmiljö</i>	31
<i>Lämplig bemanning högre enligt fokusgrupperna än vad enkäterna visar - olika metoder en bidragande faktor</i>	31
<i>Hur yrkesgruppers uppgång utformas påverkar både bemanningsbehov och kvalitet</i> ..	32
<i>Personalens kompetens spelar roll för bemanningen</i>	33
<i>Är bemanningen alltför låg hinner man inte anpassa efter varje individs behov</i>	33
BILAGOR	34
BILAGA 1	35
<i>Vinjett: Bemanning av fiktivt vård- och omsorgsboende</i>	35
<i>Beskrivning av det fiktiva boendet</i>	35
BILAGA 2	37
<i>Enkät</i>	37
BILAGA 3	45
<i>Enkät svar</i>	45
BILAGA 4	51
<i>Fritext svar enkät</i>	51

SAMMANFATTANDE SLUTSATSER

- Vilken bemanning som kan anses vara lämplig på särskilt boende är en komplex fråga. Faktorer som spelar in är bland annat gällande riktlinjer och kvalitetskrav, de boendes behov, lokalernas utformning, i vilken grad legitimerad personal är närvarande och involverad i det dagliga omvårdnadsarbetet, omvårdnadspersonalens kompetens, samt personalens arbetsmiljö. Det är dock möjligt att identifiera en nivå för bemanning av omvårdnadspersonal med vilken det är möjligt att klara av de boendes basala vård- och omsorgsbehov och att undvika att utsätta boende och personal för uppenbara risker.
- En konsekvens av en för låg bemanning, där merparten av fokuset måste läggas på de mest basala behoven, är att det blir svårare att nå upp till ställda kvalitetskrav. Personcentrering, ett rehabiliterande synsätt, samt att främja delaktighet och att ge de boende en för individen meningsfull vardag prioriteras i praktiken ofta ned eller bort.
- En låg bemanning av såväl omvårdnadspersonal som legitimerad personal kan innebära orimliga arbetsförhållanden, vilket också kan påverka de boende och deras anhöriga negativt.
- Hur uppdragen för olika yrkesgrupper utformas på en arbetsplats påverkar bemanningen och kvaliteten i vården och omsorgen, framför allt vad gäller sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Hur man organiserar legitimerad personal, det vill säga med hög eller låg närvaro i verksamheten, får konsekvenser för vilka arbetsuppgifter som kan ingå i deras uppdrag och i vilken utsträckning de kan handleda och vara ett stöd för omvårdnadspersonalen.
- Omvårdnadspersonalens kompetens påverkar bemanningsbehovet och kvaliteten i vården och omsorgen. I fokusgrupperna bedömdes omvårdnadspersonalens kompetens som mycket varierande och ofta alltför låg, trots genomgången undersköterskeutbildning. Därför är det särskilt viktigt att sjuksköterska och rehabiliteringspersonal kan vara närvarande i verksamheten och har utrymme i sin

arbetstid för att stötta omvårdnadspersonalen att arbeta personcentrerat, med ett rehabiliterande synsätt och med att ge de boende en för dem meningsfull vardag.

- Fokusgrupperna kom fram till något högre siffror för en lämplig bemanning än vad enkätsvaren från 60 av Stockholms stads vård- och omsorgsboenden visade. En bidragande orsak till diskrepansen kan vara att personalen hade svårt att tänka utanför de ramar som de är vana vid att arbeta inom, vilket blev särskilt tydligt i fokusgrupperna där man till en början ofta utgick från förhållandena i den egna verksamheten. Genom diskussion kring scenariot i vinjetten, samt kvalitetskrav och riktlinjer, kom deltagarna sedan fram till en högre bemanning än den som vissa föreslagit initialt. Enkäten besvarades däremot av enskilda vård- och omsorgsboenden separat. I vissa fall samlades olika yrkesgrupper på boendet för att diskutera och besvara enkäten tillsammans, men i andra fall kunde det vara en enda yrkesgrupp eller en enskild person som besvarade frågorna. Därav uppstod inte samma diskussionsdynamik som i fokusgrupperna. Resultaten bör tolkas i ljuset av dessa metodologiska skillnader.

INTRODUKTION

Som en del i Äldreförvaltningens uppdrag att ge förslag på grundbemannning för samtliga yrkesgrupper i vård- och omsorgsboenden har Stiftelsen Äldrecentrum genomfört en vinjettstudie. Syftet med studien var att utreda hur en lämplig bemanning bör se ut på en enhet med demensinriktning på ett vård- och omsorgsboende. Det fanns inga resursrestriktioner att ta hänsyn till utan fokus låg på att utforma bemanningen på ett sätt som gör det möjligt att uppfylla de kvalitetskrav och riktlinjer som åligger Stockholms stads utförare, med särskild betoning på rehabiliterande synsätt, trygg och meningsfull vardag samt personcentrerad vård och omsorg.

Studien bestod av två delar: fokusgrupper med olika yrkeskategorier som arbetar på vård- och omsorgsboenden samt en enkät som distribuerades till samtliga boenden i Stockholms stad. Syftet med fokusgruppsdiskussionerna var att fånga deltagarnas resonemang kring lämplig bemanning på den fiktiva enheten samt att belysa vilka konsekvenser som kan uppstå vid en alltför låg bemanning. Syftet med enkäten var att få en uppfattning om lämplig bemanning för den fiktiva enheten baserad på erfarenheter från de yrkesgrupper som arbetar på vård- och omsorgsboenden.

METOD

Vinjett

En vinjett (se bilaga 1), dvs. en fiktiv beskrivning av en enhet på ett vård- och omsorgsboende ("Sollyckan"), utformades i samråd mellan Äldrecentrum och äldreförvaltningen. Kortfattat beskriver vinjetten boendet Sollyckan och mer specifikt en demensenhet med nio boende som har omfattande omsorgsbehov. Vinjetten låg till grund för fokusgruppsdiskussioner och den enkät som genomfördes under september månad 2022.

Fokusgrupper

Det övergripande syftet med fokusgrupperna var att diskutera hur det fiktiva boendet skulle bemannas med olika professioner, med betoning på att möjliggöra ett arbetssätt som utgår från ett rehabiliterande synsätt, en personcentrerad vård, en trygg och meningsfull vardag samt en god arbetsmiljö för arbetstagarna.

Tre fokusgruppsdiskussioner (à 2 h) genomfördes under ledning av tre utredare från Äldrecentrum. Diskussionerna genomfördes i Äldrecentrums lokaler och samtalen spelades in för att underlätta sammanställningen av resultaten. För att få en nyanserad bild är det viktigt att inkludera flera olika perspektiv och därför mixades olika professioner från olika vård- och omsorgsboenden i fokusgrupperna. Varje grupp bestod av en till två verksamhetschefer/enhetschefer, upp till en person med ansvar för bemanning/schemaläggning, en till två sjuksköterskor, en till två omvårdnadspersonal, en arbetsterapeut samt en till två fysioterapeuter. Totalt var det 7–8 deltagare i varje fokusgrupp. Deltagarna kom från vård- och omsorgsboenden i Stockholms stad, alla olika regiformer fanns representerade.

Deltagarna diskuterade hur sjuksköterskebemanningen skulle organiseras, behovet av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal under dygnets alla timmar samt bemanning med rehabiliteringspersonal (fysioterapeuter respektive arbetsterapeuter). Med utgångspunkt i kvalitetskraven resonerade deltagarna också kring vilka konsekvenser som kan uppstå för de boende och arbetsmiljön om det inte finns tillräckligt med personal. Även det motsatta scenariot diskuterades, det vill säga på vilket sätt vården och omsorgen om de boende och/eller arbetsmiljön skulle förbättras om det fanns tillräckligt med personal inom respektive yrkeskategori tillgänglig.

Enkät

För att få en samlad bild avseende vad som kan anses vara en lämplig bemanning utifrån gällande kvalitetskrav utformades en enkät baserad på vinjetten (se bilaga 2), där de svarande ombads bemanna den fiktiva enheten med de olika professionerna. Det ingick även bakgrundsfrågor om verksamhetens regiform och vilka professioner som var med och besvarade enkäten. I följebrevet fanns instruktioner om att enkäten helst skulle besvaras genom att frågorna diskuterades i grupp med flera olika professioner representerade. Vi har dock ingen samlad information om i vilken utsträckning enkätsvaren faktiskt bygger på diskussion och konsensus mellan professionerna. Enkäten distribuerades i digitalt format av äldreförvaltningen till verksamhetschefer/enhetschefer på samtliga 78 vård- och omsorgsboenden i Stockholms stad. Äldrecentrum mottog enkätsvaren och sammanställde resultatet.

RESULTAT

Resultaten från fokusgrupperna och enkäterna beskrivs i det följande för respektive yrkeskategori: sjuksköterskor, omvårdnadspersonal samt rehabiliteringspersonal. Eftersom resonemangen i fokusgrupperna och svaren från enkäterna var likartade gällande fysioterapeuter respektive arbetsterapeuter så beskrivs resultaten för dessa yrkeskategorier under en gemensam rubrik. Benämningen ”rehabiliteringspersonal” avser därmed båda yrkeskategorierna även om dessa yrken representerar olika kompetenser och uppdrag. Inledningsvis ges dock en beskrivning av den dynamik som uppstod i fokusgruppsdiskussionerna samt vilka som var med och besvarade enkäten.

Dynamik i fokusgruppsdiskussionerna

Till en början hade många deltagare i fokusgrupperna svårt att fokusera på vinjetten och vad det innebär att följa gällande kvalitetskrav och riktlinjer. Många utgick inledningsvis från existerande förhållanden och rutiner på den egna arbetsplatsen samt tog hänsyn till att det kan vara svårt att hitta kvalificerad personal samt aspekter som berör schemaläggning.

”Det är väldigt svårt att gå utanför ramarna. Jag hör att vi alla sitter fast i hur vi har det i väldigt snäva gränser och spartermer. Bara att tänka fritt vad de verkliga behoven är känns väldigt nyttigt och expanderande.” (Arbetsterapeut)

I fokusgrupperna inleddes diskussionen kring bemanning ofta med att deltagarna berättade hur rutinerna såg ut på deras arbetsplats och vilka bemanningstal man hade angett i enkäten för respektive yrkeskategori. Det blev tydligt att villkoren skiljde sig åt mycket mellan Stockholm stads olika vård- och omsorgsboenden och bilden som framträdde var att deltagarna ofta utgick från situationen på sin egen arbetsplats, både när de besvarade enkäten och i fokusgrupperna. Oavsett hur förhållandena var på den egna arbetsplatsen ansåg man att en lämplig bemanning för vinjetten skulle ligga något högre för att man ska kunna tillgodose gällande kvalitetskrav och riktlinjer. Fokusgruppsdeltagarnas olika villkor kunde därför inledningsvis också speglas i deras syn på en lämplig bemanning på den fiktiva enheten. I diskussionerna, som leddes av utredare från Stiftelsen Äldrecentrum, skapades sedan en dynamik där deltagarna gemensamt diskuterade utifrån sina erfarenheter och professioner, uppmärksammade

varandra om detaljerna i vinjetten och reflekterade över vad det innebär att följa gällande kvalitetskrav och riktlinjer. Deltagare som till en början nämnde ett relativt lågt bemanningstal ändrade oftast sin uppfattning under diskussionens gång och när de blev varse om att man ”kunde kräva” en betydligt högre bemanning än de själva hade erfarenhet av.

*”Man är så van att tänka på hur det alltid har varit.
Men när man tänker fritt så känner man hur otroligt
mycket bättre det skulle bli om man kunde ge varje bo-
ende den tid den behöver och bevara de funktionerna de
har, i stället för att skynda på och göra saker åt dem.”*
(Omvårdnadspersonal).

Vilka svarade på enkäten?

Av samtliga 78 utgående enkäter besvarades 60 (77 %). Av dessa var 33 (55 %) från privata utförare, 18 (30 %) från kommunala utförare och 9 (15 %) från utförare på entreprenad. Tabell 1 beskriver vilka professioner som var med och besvarade enkäten. Enhetschefer var med och besvarade 56 av 60 enkäter. I de tre av fyra enkäter där enhetschefen inte deltog, så deltog i stället verksamhetschefen. Resterande enkät bevarades av omvårdnadspersonal (endast). Sjuksköterskor var med och besvarade 49 enkäter. Rehabiliteringspersonal (fysioterapeut eller arbetsterapeut) deltog i 37 enkäter, antingen enbart den ena professionen (21 enkäter), eller båda professionerna (16 enkäter). Omvårdnadspersonal var med och bevarade 40 enkäter. De flesta enkäter besvarades av tre till fem personer (tabell 2). Fem enkäter besvarades av en person och i fyra av fallen var denna person en enhetschef, i det femte fallet var det en omvårdnadspersonal.

Bemanning med olika yrkesgrupper

Sjuksköterskor

Nedan presenteras resultatet från fokusgrupperna och enkäten gällande lämplig bemanning med sjuksköterskor på den fiktiva demensenheten. Resonemangen belyser olika faktorer som inverkar på, eller påverkas av, sjuksköterskebemanningen.

Tabell 1

Vilka svarade på enkäten	Antal
Enhetschef	56
Sjuksköterska	49
Omvårdnadspersonal	40
Fysioterapeut	28
Arbetssterapeut	25
Annan	23
<i>Annan</i>	<i>Antal</i>
Verksamhetschef	8
Hälsopedagog	4
Samordnare	3
Gruppchef	1
Aktivitetssamordnare	1
Gruppledare	1
Aktivitetsledare	1
Bemanningsadministratör	1
Administratör	1
Bitr. avdelningschef	1
Bitr. enhetschef	1

Tabell 2

Hur många svarade på enkäten	Antal
1 person	5
2 personer	8
3 personer	10
4 personer	19
5 personer	14
6 personer	4

Tabell 3

Hur bör sjuksköterskebemanningen se ut?				
	Vardagar		Helger	
	Dag	Kväll/natt	Dag	Kväll/natt
Grupp A	0,5	patrull	0,17	patrull
Grupp B	0,5-1,0	0,17	0,5-1,0	0,17
Grupp C	0,83	0,5	0,83	0,5

0,17 = en sjuksköterska för hela vård- och omsorgsboendet med sex enheter (54 boende)

0,5 = en sjuksköterska per våningsplan med två enheter (18 boende)

0,83 = fem sjuksköterskor för hela vård- och omsorgsboendet (54 boende)

1,0 = en sjuksköterska på enheten (9 boende)

Fokusgrupper

Sjuksköterska på plats eller via patrull?

Två av tre fokusgrupper föredrog sjuksköterska på plats på boendet framför sjuksköterska via patrull under kvällar och nätter. En fördel med att ha sjuksköterska på plats i huset (i stället för via patrull) uppgavs vara bättre förutsättningar för sjuksköterskan att lära känna de boende. Delta-garna beskrev att de ansåg det vara särskilt viktigt att sjuksköterskan har hög närvaro i verksamheter där det finns många boende eller där det är hög omsättning bland de boende.

”Det är så viktigt att ha någon [sjuksköterska] som känner de boende. Patrullen är ju inte lika insatta. Ibland blir det stort pådrag för ingenting, för att de inte känner personerna. Det kan bli så fel för att de inte känner de boende.” (Omvårdnadspersonal)

Vidare framhölls att en sjuksköterska på plats nattetid (jämfört med sjuksköterska via patrull) har bättre förutsättningar att ”hålla ihop” omvårdnadspersonalen, samt att sjuksköterskan är mer tillgänglig om det händer något akut. Att ha en sjuksköterska på plats under helgen kan också innebära att man undviker en större arbetsbörda på måndagar med sjuksköterskeuppgifter som ”samlats på” under helgen, eftersom patrullen endast gör insatser för att täcka det mest akuta.

De som argumenterade för att ha kvälls- och nattsjuksköterska via patrull i vinjetten hade goda erfarenheter av detta i sina respektive verksamheter. Ett argument för sjuksköterska via patrull var att behoven under den tiden på dygnet är ofta inte är större eller mer akuta än att de kan hanteras på ett bra sätt av patrull. Förutsättningar för att det ska fungera bra ansågs dock vara att det finns kompetent och trygg omvårdnadspersonal på plats, god kontinuitet bland sjuksköterskor i patrullen och att patrullen kan komma tillräckligt snabbt (inom det tidsintervall som är bestämt). En annan erfarenhet som togs upp var att en högre bemanning med omvårdnadspersonal på natten i kombination med sjuksköterska via patrull kan fungera bättre än när det är färre omvårdnadspersonal och (få eller) en ensam sjuksköterska på plats i huset, som också är tänkt att fungera som ”löpare”, dvs. bistå undersköterskor i omvårdnadsarbetet nattetid, till exempel vid dubbelbemanningar. En anledning uppgavs vara att omvårdnadspersonalen riskerar att bli utan stöd från ”löparen” (dvs. sjuksköterskan) i de fall då sjuksköterskan prioriterar medicinska insatser.

Förstärkning vissa tider

Alla tre fokusgrupperna framhöll att det som ett minimum skulle behövas en halv sjukskötersketjänst per enhet (med nio boende) i vinjett-exemplet. Lokalernas utformning spelade roll för detta beslut, det bedömdes vara en fördel att ha en sjuksköterska tillgänglig per våningsplan (dvs för 18 boende, fördelade på två enheter). Dessutom framkom önskemål att förstärka sjuksköterskebemanningen under vissa delar av dygnet och vid vissa aktiviteter. Under morgontimmarna är behovet av att sjuksköterskan är närvarande och tillgänglig för de boende extra stort. Boende kan då vilja träffa sjuksköterskan och det ansågs vara god kvalitet att kunna möta det behovet. Även personalen behöver få möjlighet att diskutera med sjuksköterskan om hur natten har varit. Det fanns också motivering till förstärkt sjuksköterskebemannning från morgon fram till eftermiddagen, då utbildningar, vårdplaneringar, team-möten och administrativa göromål tar tid i anspråk. Därtill behöver sjuksköterskan tid för att handleda omvårdnadspersonal och bistå vid vissa omvårdnadssituationer, som till exempel såromläggning. Att ha en bra struktur och bemanning av sjuksköterskor under dagtid ansågs kunna förebygga att akuta situationer uppstår under kväll, natt och helg. Det framhölls också att omvårdnadspersonalen efterlyser mer fysisk närvaro av sjuksköterskor i det dagliga arbetet och att de skulle vilja ha bättre tillgång till sjuksköterskan för stöd och möjlighet att ställa frågor löpande.

De flesta ansåg att behovet av sjuksköterska var detsamma under dagtid, oavsett om det är vardag eller helg. Även om helger innebär färre möten, vårdplaneringar, utbildningar och att mycket administrativt arbete kan vänta till kommande vardag, så är det ofta fler anhöriga som besöker boende på helgerna. Anhöriga vill ofta samtala med en sjuksköterska, vilket är svårt att få till stånd om bemanningen är lägre under helgen. Det diskuterades att det i praktiken är vanligt med en lägre sjuksköterskebemannning under dagtid på helger men att det innebär mindre tid för sjuksköterskan att stödja omvårdnadspersonalen, eftersom fokus behöver ligga på att utföra HSL-insatser. Det ställer i sin tur krav på att grundbemanningen med omvårdnadspersonal är tillräckligt hög och att de har tillräcklig kompetens och erfarenhet för att kunna arbeta självständigt.

I fokusgrupperna lyftes också att det kan vara svårt att hitta sjuksköterskor som vill arbeta på helger. Att kunna slippa helgarbete framhölls som en aspekt som gör anställning inom äldreomsorgen attraktivt, jämfört med att arbeta inom regionen, där helgarbete ofta ingår i tjänsten.

Överlappning vid skiftbyte

En annan aspekt som diskuterades var ”överlappningstid”, det vill säga tid då dag-, kvälls- och nattpersonal möts vid skiftbyten och kan utbyta aktuell information. Vikten av att sjuksköterskan hinner möta och kommunicera även med nattpersonalen diskuterades, eftersom även de tio timmarna som nattpersonalen arbetar är en stor och viktig del av de boendes dygn. Femton minuters överlappningstid mellan natt- och dagpersonal, vilket verkade vara vanligt bland fokusgruppsdeltagarna, ansågs många vara för kort tid för att hinna kommunicera ordentligt. Några deltagare uppgav att de hade en timmes överlappningstid i sina verksamheter och att det fungerade bra.

Sjuksköterskans uppdrag

En central fråga handlade om vad som ryms inom sjuksköterskans uppdrag. I fokusgrupperna framkom att det fanns en stor variation avseende detta. Hur uppdraget är utformat, dvs. vilket ansvar som ingår och vilka arbetsuppgifter som sjuksköterskan förväntas utföra, påverkar hur mycket sjuksköterskeresurser som behövs. En sjuksköterskas uppdrag kan vara strikt medicinskt, med fokus på att utföra HSL-insatser. Sjuksköterskan kan också ha ett bredare uppdrag som innebär att vara ansvarig för och leda omvårdnadsarbetet och utföra omvårdnadsinsatser tillsammans med personal. I fokusgruppsdiskussionerna framhölls dock att oavsett hur uppdraget ser ut, så behöver sjuksköterskan ha god kännedom om både de boende och om omvårdnadspersonalens arbetssätt och kompetens – och för att skaffa sig den kunskapen behöver sjuksköterskan vara närvarande på enheten och delta i vardagssituationer.

Fokusgrupperna var eniga kring att behovet av sjuksköterskor kan variera beroende på situationen kring de boende. En orolig grupp där de boende ”vandrar på varandra” och väcker irritation sinsemellan kräver högre sjuksköterskenärvaro, likaså om det är en stor omsättning av individer i gruppen. I dessa situationer kan sjuksköterskans närvaro på plats behöva stärkas för att hen ska kunna hålla sig uppdaterad kring de boende och de situationer som uppstår. Det framhölls tydligt i fokusgrupperna att det är de boendes behov som avgör hur mycket sjuksköterskan behöver vara på plats och att det behöver finnas en beredskap att kunna möta fluktuerande behov.

Kontakt med anhöriga

Det fanns en enighet i fokusgrupperna att kontakten med anhöriga också utgör en viktig del i sjuksköterskans arbete. Anhöriga upplevs ofta ha ett

stort behov av att tala med sjuksköterska, vilket visar på vikten av att det finns förutsättningar för en bra kommunikation mellan sjuksköterska och anhöriga. En sjuksköterska som kan svara på de anhörigas frågor och som är involverad i omvårdnadspersonalens arbete och arbetssätt kan förmedla lugn och trygghet till anhöriga. Trygga anhöriga ansågs i sin tur ha en positiv inverkan på såväl boende som personal. Dock lyftes också, framför allt av sjuksköterskorna, men även av annan personal, att det var svårt att hinna med att ge både anhöriga och de boende tillräckligt med uppmärksamhet.

”Om det kommer samtal från en orolig anhörig kan jag inte bara säga att det är kväll eller helg, ’återkom på måndag’. Det är en väldigt stressig arbetsmiljö.” (Sjuksköterska)

Ur chefens perspektiv fanns dock invändningen att anhöriga ofta har för höga förväntningar på sjuksköterskas tillgänglighet.

”Jag tycker att man behöver jobba med att anhöriga förstår att sjuksköterskan inte kan vara tillgängliga dygnet runt, att ett vård- och omsorgsboende inte är ett sjukhus.” (Chef)

Sjuksköterskans placering

I vinjetten beskrevs att sjuksköterskornas kontor var placerat på bottenplan i huset, dvs. inte i direkt anslutning till avdelningarna. Detta lyftes som ett problem i alla tre fokusgrupperna. Deltagarna framhöll att det är viktigt att sjuksköterskan har sin fysiska placering nära verksamheten för att kunna vara en aktiv del i teamet och vara nära de boende som hen ansvarar för. Den fysiska placeringen spelar stor roll för hur tillgänglig sjuksköterskan är i praktiken för omvårdnadspersonalen, de boende och anhöriga. Det ansågs också mycket viktigt att en sjuksköterska som har ett uppdrag baserat på att hen ska vara ”på plats” (dvs. inte sjuksköterska via patrull) inte delas med andra verksamheter som är placerade i andra hus, eftersom det skapar osäkerhet och stress om sjuksköterskan oförutsett behöver lämna vård- och omsorgsboendet för att ta sig till en annan verksamhet.

Enkäter

Sjuksköterska på plats eller via patrull?

I Tabell 4 visas organiseringen av sjuksköterskor enligt 59 enkätsvar¹. Enligt 27 av de svarande behövde sjuksköterskor finnas på plats i huset dygnet runt, sju dagar i veckan. Ytterligare åtta menade att sjuksköterska behöver finnas på plats på enheten dygnet runt, alla dagar. Övriga 24 svarande ansåg att patrullerande sjuksköterskor kunde användas delar av dygnet, framför allt kvälls- och nattetid. Fyra verksamheter uppgav att sjuksköterska via patrull kunde bemanna boendet under dagtid på helgerna.

Sjuksköterskebemanning över dygnet

I enkäten ombads de svarande att ange antalet sjuksköterskor som de ansåg behövas under dygnet på den fiktiva enheten. Figur 1 visar det högsta och lägsta antalet som nämndes över dygnet, för både vardagar och helger, samt medelvärdena². Förekomsten av de tre vanligaste svaren för varje klockslag redovisas i sin helhet i Bilaga 3.

Över hela dygnet, vardagar som helg, visade enkäten en spännvidd mellan 0 (patrull) och 1 sjuksköterska på enheten med nio boende. Räknar man inte med de vård- och omsorgsboenden som angett patrull under vissa tider av dygnet, ligger spännvidden mellan ungefär 0,1 och 1. Bemanningen på helgen ligger generellt lite lägre än på vardagar, men följer ungefär samma mönster över dygnet.

Behovet av sjuksköterska ansågs vara som högst under förmiddagarna och eftermiddagar fram till kl. 15. Utifrån fokusgruppernas beskrivningar beror ett något högre bemanningsbehov efter lunch på att möten, utbildningar och dylikt ofta förläggs till tidig eftermiddag. På helgen är det i stället anhöriga som ofta besöker sina närstående under den tiden, som sjuksköterskan behöver bemöta.

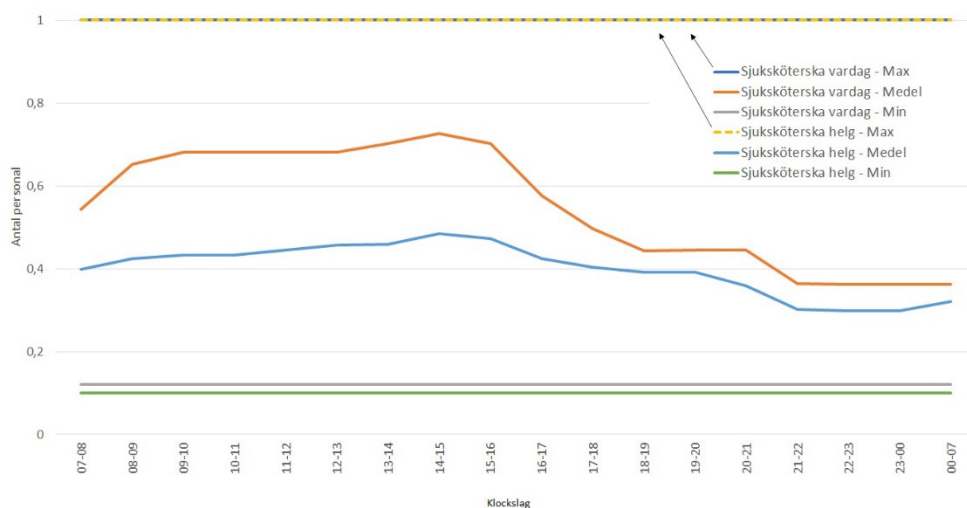
För vardagar visar resultaten att det under förmiddagstid var vanligast att man angav att det behövs en sjuksköterska per våningsplan, dvs. 0,5

¹ Ett enkätsvar exkluderas pga. uppenbar feltolkning av frågan.

² I fyra av enkätsvaren har de troligen bemannat per våningsplan eller för hela huset istället för den enskilda enheten: två svarande hade angett tre sjuksköterskor per enhet och två svarande hade angett två sjuksköterskor per enhet. Dessa svar bedömdes orimliga och svaren omvandlades till antal sjuksköterskor per enhet. Tre sjuksköterskor antogs vara för hela huset och delades därav med antal enheter i hela huset. Två sjuksköterskor delades på två enheter.

Tabell 4

Organiseringen av sjuksköterskor	Antal
I huset 24/7	27
På enheten 24/7	8
Patrull (se nedan)	24
Patrull	Antal
Vardag	
Kväll	23
Natt	24
Helg	
Dag	4
Kväll	24
Natt	24



Figur 1. Bemanning med sjuksköterskor över dygnet.

sjuksköterska på enheten med nio boende (37–39 svar; 47–55%). Drygt en fjärdedel tyckte att det behövs en sjuksköterska på enheten om 9 personer (15–17 svar; 25–28%). Tidigt på morgonen, sen eftermiddag och kväll varierade svaren något mer. Exempelvis angav en tredjedel (21 svar; 35%) att det mellan kl. 07-08 behövs 0,5 sjuksköterska, en fjärdedel (15 svar; 25%) angav att det behövs 1 sjuksköterska under samma tid, och en knapp femtedel (11 svar; 18%) att det behövs 0,25 sjuksköterskor.

På helger var bemanningen som angavs generellt sett något lägre och skillnaden mellan vardag och helg var större under dagtid än under kväll och natt. Mellan kl. 07 och 17 var det vanligast att man angav ett behov av 0,25 sjuksköterskor, vilket en knapp tredjedel tyckte (17–20 svar; 28–33%). Ungefär en fjärdedel tyckte att det behövs 0,5 sjuksköterska (12–16 svar; 20–27%) och det tredje vanligaste svaret var att det behövs en sjuksköterska (9–12 svar; 15–20%).

Från kl. 17, både vardag och helg, var det vanligaste svaret i enkäten att sjuksköterska på patrull fungerar fram till kl. 07 (22–26 svar; 37–40%). Resterande svar för sjuksköterskebemanningen under kväll och natt låg till allra största del mellan 1 sjuksköterska per våningsplan (kvällstid kl. 17-21) och 1 eller 1,5 i huset (motsvarande 0,17 respektive 0,25 per enhet).

Sammanfattning

- Viss diskrepans mellan enkätsvaren och fokusgrupperna. I fokusgrupperna angavs generellt högre bemanning än i enkätsvaren. Skillnaderna kan bero på att diskussionerna i fokusgrupperna var rikare och involverade fler yrkesperspektiv samt att de kom från olika boenden/arbetsplatser än i de resonemang som låg till grund för enkätsvaren.
- Fokusgrupperna var mindre benägna att bemanna med patrullerande sjuksköterskor med motiveringen att det är bättre att sjuksköterskor finns på plats i huset (eller på enheten) eftersom det underlättar samarbetet med övrig personal samt ger bättre möjligheter att lära känna de boende.
- Det är viktigt att sjuksköterskor finns nära verksamheten och därför bör deras kontor vara placerat i anslutning till avdelningen/enheten och inte på ett annat våningsplan.

- En förstärkt bemanning av sjuksköterska förordades under olika delar av dygnet, ofta i samband med vissa tider eller aktiviteter (t.ex. möten och utbildningar).
- I både fokusgrupperna och enkätsvaren lades en lägre sjuksköterskebemanning på helger. I fokusgrupperna motiverades detta med att det är färre möten på helger och att administrativa göromål ofta kan vänta till nästa vardag, samt en preferens från sjuksköterskor att inte behöva jobba på helger.
- I fokusgrupperna framkom att anhöriga tar en hel del av sjuksköterskans tid i anspråk, men den allmänna uppfattningen i grupperna var att det är viktigt att sjuksköterskan har utrymme i sin tjänst för att möta anhöriga.

Omvårdnadspersonal

Nedan presenteras resultatet från fokusgrupperna och enkäten gällande lämplig bemanning med omvårdnadspersonal på den fiktiva demensenheten.

Fokusgrupper

Skiftande behov – men ingen skillnad mellan vardagar och helger

Fokusgrupperna konstaterade att det var svårt att bestämma exakt bemanning för omvårdnadspersonal utifrån detaljnivån på informationen om de boende i vinjetten (dvs. det hade behövts mer detaljerad information). Tidsåtgången för omvårdnadssituationer och aktiviteter kan variera mycket mellan olika personer, men också skifta snabbt för individer.

”Det är svårt att specificera en ”önskebemanning”, för vad som behövs beror på de boendes skick. Man skulle behöva en resurspool man kan ringa, inte bara för sjuksköterskor [utan även för omvårdnadspersonal]. Det kan variera så mycket. Det är inga statistiska verksamheter vi är i, därför är det svårt att säga hur det ska vara. Det är ett evigt pusslande.” (Chef)

Deltagarna var eniga om att de boendes omvårdnadsbehov inte skiljer sig beroende på veckodag och att bemanningen därför i stort sett också behöver vara densamma under både vardagar och helger.

Tabell 5

Hur bör bemanningen för omvårdnadspersonal se ut?				
Vardagar och helger				
	Morgon	Förmiddag	Eftermiddag/kväll	Natt
Grupp A	Kl. 7-8: 2	Kl. 9-13: 3	Kl. 13-17: 4	1
	Kl. 8-9: 3		Kl. 17-20: 3	
			Kl. 20-22: 2	
			Kl. 22-00: 1,5	
Grupp B	Kl. 7-8: 2,5	4-5	5	1,25
	Kl. 8-9: 3		Från kl. 16: 3	
Grupp C	Kl. 7-8: 2,5-3	5-6	Till kl. 21: 5-6	1,5
	Kl. 8-9: 4			

"Ibland får vi höra att vi ska planera in dusch endast på veckodagar. Men man vet aldrig när en boende behöver duschas. Och att tvätta av någon kan ta lika lång tid." (Omvårdnadspersonal)

I diskussionen lyftes att det är färre möten på helger men samtidigt är det vanligt med fler besök av anhöriga och deras behov av information och stöd behöver också mötas, vilket tar tid i anspråk från omvårdnadspersonalen.

Det betonades också att det under dagtid alltid behöver finnas minst en personal närvarande i de gemensamma utrymmena på en demensenhet, vilket innebär att det alltid måste finnas minst tre personal på enheten. Som exempel nämndes att en lägre bemanning (dvs. färre än tre) gör att all personal på enheten tas i anspråk när en omvårdnadsinsats kräver dubbelbemanning. Det innebär att boende lämnas helt utan tillsyn i de allmänna utrymmena medan personalen är inne lägenheterna, vilket utgör en risk.

Viktigt med tillräcklig bemanning även tidigt på morgonen

Det är vanligt att personalen börjar vid olika tider på morgonen, till exempel att en omvårdnadspersonal börjar kl. 07 och arbetar ensam den första timmen, innan nästa person börjar. I fokusgrupperna förordades dock en

bemannning med minst 2,5 omvårdnadspersonal redan från tidig morgon. Argumenten för detta handlade dels om vikten av att hinna förbereda frukost för att kunna bryta de boendes nattfasta i tid och om att skapa en lugn stämning, samtidigt som det finns beredskap för att hantera dubbelbemanningar, hinna med morgonrapport med sjuksköterskan och hantera oförutsedda situationer som kan uppstå.

”Man måste ju ha beredskap om något händer! Någon kan ramla, någon kan kräkas. Då vill man inte behöva springa mellan den som kräks och servera frukost till en annan som är aggressiv för att den är hungrig.”
(Omvårdnadspersonal)

Rehabiliterande synsätt och personcentrerad vård och omsorg kräver personal

När det gällde bemanning med omvårdnadspersonal under morgon och kväll/natt gjordes liknande bedömningar i alla tre fokusgrupperna, men avseende bemanning under dagtid (förmiddag och eftermiddag) fanns vissa skillnader. I två av grupperna ansåg man att det behövdes en bemanning om 4-6 personal under hela dagen för att kunna arbeta med ett rehabiliterande synsätt, till exempel att de boende får tid på sig att efter förmåga själv klara av vissa moment vid påklädning eller förflyttning. I praktiken är det vanligare med en betydligt lägre bemanning, vilket gör det svårt att tillämpa ett rehabiliterande synsätt.

”Fastän man vet hur man ska arbeta så går man ifrån det, mot bättre vetande. Man vet att personen kan klara av vissa saker själv, ändå gör man det åt personen för att det ska gå snabbare. Annars hinner man inte.” (Omvårdnadspersonal)

Som motivering till bemanningen under dagtid pekade fokusgrupperna också på att det behövs personal för att stötta boende vid måltider utifrån de behov som fanns beskrivna i vinjetten och erbjuda individuellt anpassade aktiviteter, samtidigt som man ska sköta måltidsförebereelser, dubbelbemanningar, möten, utbildningar och raster för personalen.

Den grupp som ansåg att en högre bemanning framför allt behövdes senare på dagen tog fasta på informationen i vinjetten att några boende föredrog att ta promenader ute på eftermiddagen, vilket kräver extra personalresurser. Samma grupp diskuterade också kring uppfattningen att ”för

mycket personal kan skapa oro på en demensenhet”, men gruppen enades om att problemet i sådana fall snarare beror på bristande kompetens och engagemang hos personalen (dvs. att man inte gör rätt saker på rätt sätt) och inte på alltför hög bemanning. Man pratade även om att en möjlighet var att förlägga utbildningar och administrativt arbete (med beställningar etc.) till en viss dag i veckan och förstärka omvårdnadspersonalen just under dessa tider. Ytterligare en aspekt som lyftes i alla tre fokusgrupperna var att behovet av omvårdnadspersonal påverkas av i vilken utsträckning sjuksköterska och rehabiliteringspersonal finns tillgängliga på enheten. Om det i deras uppdrag ingår att vara närvarande i omvårdnadsarbetet för att stödja och handleda så kan det eventuellt fungera med en något lägre bemanning av omvårdnadspersonal.

På eftermiddagarna blir det ofta lite oroligt

I alla fokusgrupper diskuterades behovet av att ha tillräcklig bemanning med omvårdnadspersonal på eftermiddag och tidig kväll eftersom personer med demens ofta blir oroliga den tiden på dygnet (”sundown syndrome”). Det beskrevs att de boende ofta blir rastlösa och också vill ”gå hem” när dagpersonalen lämnar sitt skift. En alltför låg bemanning vid den här tiden kan få flera negativa konsekvenser. Till exempel finns risken att man sätter in lugnande läkemedel när det inte finns tid att ägna sig åt en boende för att avleda och lugna. Det finns också risk att boende som vilat efter lunch inte får komma upp igen utan blir kvar i sängen och serveras middag och kvällsmål där. Boende kan också lämnas utan tillsyn i de gemensamma utrymmena då all personal är upptagen med kvällsförberedelser för enskilda boende inne i lägenheterna. Mot bakgrund av detta argumenterade grupperna för att behålla en högre bemanning lite längre in på kvällen än vad som verkar vara vanligt på vård- och omsorgsboenden idag, då dagpersonalen ofta går hem vid ca kl. 16.

Kompetens och engagemang hos omvårdnadspersonalen är centralt

Ett tema som återkom i samtliga fokusgrupper var att det finns en stor variation avseende kompetensnivån hos omvårdnadspersonalen och att många, trots att de genomgått undersköterskeutbildning, har otillräckliga kunskaper. Det innebär bland annat att det kan uppstå svårigheter kring delegering vilket kan få negativa effekter t.ex. på sjuksköterskans arbetsbelastning och kvaliteten för de boende. Rehabiliteringspersonal i alla tre fokusgrupperna uttryckte att det kan vara svårt att få delegeringar avseende rehabiliteringsinsatser att fungera bra över tid, inte enbart på grund

av att omvårdnadspersonalen inte hinner, utan även på grund av bristande kompetens och engagemang. Chefer i fokusgrupperna uttryckte att det är svårt att få tag på kompetent och engagerad personal. Omvårdnadspersonal beskrev ett ökat behov av aktivt stöd från sjuksköterska och rehabiliteringspersonal när arbetsgruppen består av oerfaren personal, särskilt då det är många timanställda som varken känner de boende eller varandra speciellt bra.

”Det är stor skillnad på vilken kunskap och erfarenhet som personalen har. När det brister så blir de boende oroliga. Det är inte bara antal personer och antal händelser som spelar roll, utan det är viktigt att det är rätt personer! Ibland kan det vara tre som jobbar och två som sitter med mobilen...” (Chef)

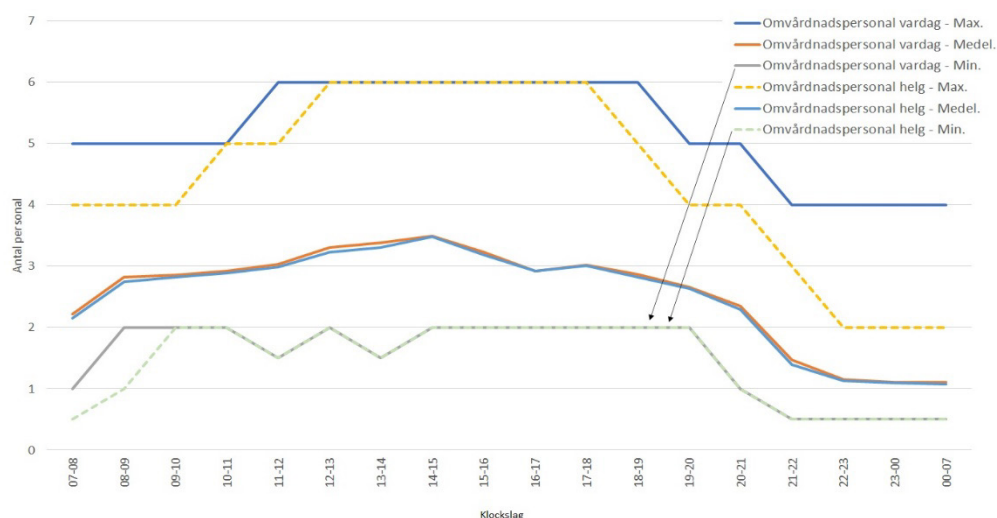
Vidare lyftes att många saknar datorvana och/eller tillräckliga kunskaper i det svenska språket. Detta skapar problem kring dokumentation och andra administrativa uppgifter, t.ex. kan det innebära att ytterligare en person behöver sitta med som stöd vid dokumentation, vilket resulterar i att färre personal kan ägna sig åt de boende. Det kan också innebära att det är svårt för sjuksköterska och rehabiliteringspersonal att handleda på ett effektivt sätt.

”Jag märker ibland att de [omvårdnadspersonalen] låtsas att de förstår vad jag säger när jag förklarar något. Men i själva verket kan de inte ta in vad jag säger. Då undrar man hur går det sedan, i samtalet och bemötandet med den boende?” (Arbetsterapeut)

Servicepersonal

Några deltagare i fokusgrupperna hade erfarenheter av att ha servicepersonal som sköter exempelvis tvätt, städning och måltidsförberedelser. En fördel med att lyfta bort sådana sysslor från omvårdnadspersonalen var att det skapar bättre möjligheter för omvårdnadspersonalen att fokusera på sina specialiteter, dvs. bemötande och omvårdnad.

”Sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal har sina spetskompetenser. Men en undersköterska ska göra så himla mycket: baka, städa, tvätta etc. Och med det här breda fokuset finns det risk att de tappar det som de är



Figur 2. Bemanning med omvårdnadspersonal över dygnet

bäst på, dvs. bemötandet, mötet med den enskilde.”
(Chef)

Samtidigt gavs exempel på att det kan fungera bra att ”väva in” den typen av sysslor i det dagliga arbetet, men en förutsättning är i så fall att tvättmaskin och kök etc. är placerade så att personalen inte behöver lämna enheten.

Enkät svar

Enkät svaren för bemanningsbehovet med omvårdnadspersonal visade på en större spridning än för sjuksköterske bemanningen. Spännvidden låg mellan 0,5 och 6 personal över dygnet. Precis som i fokusgrupperna sågs i stort sett ingen skillnad mellan vardag och helg. Under förmiddagen fram till kl. 12 var den dominerande uppfattningen att det behövs mellan 2 och 3 omvårdnadspersonal (50–51 svar; 83–88%). Från kl. 12 fram till kl. 16 sågs ett något ökat behov av personal. Spannet låg under den tiden mellan 1,5/2 och 6 personal och snittet låg mellan 3,3 och 3,8. Majoriteten av de svarande angav att det behövs 3–4 omvårdnadspersonal mellan kl. 12–16 (34–42 svar; 57–70%). Det som framkom i fokusgrupperna, att oron bland personer med demenssjukdom ofta ökar under sen eftermiddag/tidig kväll och att det därför finns ett ökat personalbehov under denna tid, syns

inte i enkätsvaren. I stället minskar det angivna bemanningsbehovet igen något fram till kl. 21. Större delen av svaren ligger återigen mellan 2–3 omvårdnadspersonal på enheten (48–54 svar; 80–90%). Under natten ligger det angivna personalbehovet på 0,5 och 2 omvårdnadspersonal.

Sammanfattning

- Samstämmiga svar från både fokusgrupper och i enkäten avseende att bemanningsbehovet är detsamma under vardag och helg.
- Fokusgrupperna angav generellt högre bemanning än enkätsvaren.
- Minst tre omvårdnadspersonal krävs för att inte behöva lämna boende utan uppsikt i gemensamma utrymmen.
- Minst fyra omvårdnadspersonal behövs för att kunna tillämpa ett rehabiliterande synsätt.
- I fokusgrupperna framhölls att förstärkt bemanning behövs under eftermiddagen pga. att det är vanligt med tilltagande oro hos de boende. Motsatsen sågs dock i enkätsvaren, dvs. en minskning av bemanningen under eftermiddagen.
- Kompetensen hos omvårdnadspersonalen har stor betydelse för i vilken grad sjuksköterska och rehabiliteringspersonal behöver finnas tillgängliga och stötta.
- Bemanningsbehovet av omvårdnadspersonal kan eventuellt minska om rehabiliteringspersonal och sjuksköterska är närvarande och involverade i omvårdnadsarbetet.
- Servicepersonal som avlastar omvårdnadspersonal med arbetsuppgifter som t.ex. städ, tvätt och kökssysslor kan öka förutsättningar för omvårdnadspersonalen att arbeta rehabiliterande och personcentrerat.

Tabell 6

Hur bör bemanningen för rehabiliteringspersonal se ut?				
	Vardagar		Helger	
	Dag	Kväll/natt	Dag	Kväll/natt
Grupp A	1 (ej spec för AT/SG)	0		0
Grupp B	AT: 0,17 -0,33 SG: 0,17	"Hålla utbildning ibland"	"Finnas till- gängliga"	0
Grupp C	AT: 0,5 SG: 0,5	0		0

0,17 = en rehabiliteringspersonal hela vård- och omsorgsboendet med sex enheter (54 boende)

0,33 = en rehabiliteringspersonal för halva vård- och omsorgsboendet (27 boende)

0,5 = en rehabiliteringspersonal per våningsplan med två enheter (18 boende)

Rehabiliterande personal

Det var i princip ingen skillnad avseende bedömt behov av fysioterapeuter respektive arbetsterapeuter i fokusgrupperna och i enkäten. Därför beskrivs resultaten för de båda yrkesgrupperna tillsammans under benämningen "rehabiliteringspersonal" i nedanstående text.

Fokusgrupper

Bemanningsförslagen för rehabiliteringspersonal såg lite olika ut mellan fokusgrupperna. En grupp ansåg att det räckte med att en arbetsterapeut och en fysioterapeut fanns tillgängliga för hela huset (54 boende) och en annan grupp ansåg att det behövdes en arbetsterapeut och en fysioterapeut per våningsplan (18 boende) under vardagarna. Däremot ansåg man inte i fokusgrupperna att rehabiliteringspersonal behövde vara tillgängliga under kvällar och nätter generellt, men att det var en fördel om de kunde hålla utbildningar med omvårdnadspersonalen på andra tider (t.ex. kvällstid) för att underlätta för nattpersonalen. Fredagskvällar lyftes upp som ett undantag då det är vanligt att boende blir utskrivna från sjukhuset och kommer tillbaka till vård- och omsorgsboendet precis innan helgen. Att inte ha tillgång till rehabiliteringspersonal vid dessa tillfällen gör att sjuksköterskan ensam måste ordna med hjälpmedel under helgen, vilket inte upplevdes som optimalt. Under helger framstod det önskvärt att ha rehabiliteringspersonal tillgängliga i någon omfattning, även om de i realiteten sällan är det, för att möta helgpersonal, genomföra hjälpmedelsöversyn och möta anhöriga.

Stor variation i synen på rehabiliteringspersonalens uppdrag

I fokusgrupperna fanns en stor variation i synen på hur rehabiliteringspersonalens uppdrag borde utformas. I vissa fall arbetar rehabiliteringspersonal som ”konsulter”, dvs. ansvarar för ett större antal personer på flera olika vård- och omsorgsboenden. Då ligger fokus främst på renodlade rehabiliteringsinsatser och de är beroende av att omvårdnadspersonalen klarar att självständigt utföra de uppgifter som delegeras (vilket inte alltid är fallet, enligt deltagarna). Mycket av diskussionerna i fokusgrupperna handlade dock om att rehabiliteringspersonalen skulle behöva vara närvarande i verksamheten i mycket större utsträckning än så, för att aktivt kunna stödja och handleda omvårdnadspersonalen och säkerställa att ett rehabiliterande synsätt tillämpas i verksamheten. Fokusgrupperna framhöll att rehabiliteringspersonalens närvaro i verksamheten hängde samman med möjligheterna att leva upp till kvalitetskrav och riktlinjer angående en trygg och meningsfull vardag för de boende och personcentrerad vård och omsorg.

Rehabiliteringspersonal kan ha olika preferenser kring sin yrkesroll, dvs. hur man önskar att uppdraget ska vara utformat. En del ser fördelar med att arbeta som ”konsult” och ägna sig åt renodlade rehabiliteringsinsatser såsom förskrivning och utvärdering av hjälpmedel, ADL-bedömningar och handledning. Andra föredrar ett mer holistiskt arbetssätt där hela människan beaktas och där de deltar i de vardagliga aktiviteterna kring de boende. De som förordade ett mer renodlat uppdrag menade att yrkesrollen riskerar att bli urvattnad om rehabiliteringspersonal har hög närvaro i verksamheten eftersom arbetsuppgifter som ligger utanför rollen riskerar att hamna på dem, t.ex. att bistå med omvårdnadsinsatser eller att göra rent hjälpmedel. De som förordade en högre närvaro ansåg i stället att det fanns ”oändligt med jobb [nytta] att göra”, t.ex. att guida omvårdnadspersonalen i utformning och genomförande av aktiviteter för de boende, handleda i ADL-situationer och i att tolka de boendes behov och preferenser.

”Det är så mycket som handlar om kroppsspråket när man ska kommunicera med patienterna. Det är viktigt att vi [arbetsterapeut/fysioterapeut] kan vara där och visa hur man gör rent praktiskt, för den kunskapen finns inte alltid hos personalen.” (Arbetsterapeut)

För- och nackdelar med olika bemanningsnivåer

Fokusgruppsdeltagarna beskrev att en fördel med en högre bemanning (och högre närvaro i verksamheten) med rehabiliteringspersonal är att de kan vara mer närvarande i verksamheten, vilket är en förutsättning för att lära känna de boende ordentligt. Att känna de boende väl och hur de fungerar i vardagen är av stor vikt för att veta vilket stöd och insatser som behöver sättas in. Att ha ett bra samarbete med omvårdnadspersonal är också viktigt för att säkerställa att de rehabiliterande aktiviteterna tillämpas i vardagen. Rehabiliteringspersonal behöver också finnas tillgängliga för att följa upp att hjälpmedel används korrekt.

”Till exempel dynor – de sätts upp och ned och bak och fram [av omvårdnadspersonalen]! Och så får vi höra att personen sitter så dåligt och behöver en ny rullstol. Eller så uppstår sår. Det behövs mycket mer tid till handledning.”

Vid en hög närvaro i verksamheten ges också bättre möjligheter att handleda omvårdnadspersonalen i det praktiska arbetet genom att visa konkret hur de ska bemöta eller arbeta med boende för att bevara funktioner, tolka de boendes behov och preferenser. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter kan också i större utsträckning delta i att planera och guida aktiviteter för de boende, vilket förutom att inkludera ett rehabiliterande perspektiv också kan bidra till en mer meningsfull tillvaro för de boende.

”De boende har rätt att vara delaktiga i omvårdnadssituationer och andra aktiviteter, men delaktighet tar tid! [...] Det tar också tid att fånga upp behov som boende kan ha svårt att ge uttryck för.” (Arbetsterapeut)

I linje med detta kan negativa konsekvenser vid för låg bemanning med rehabiliteringspersonal t.ex. vara att det inte finns tid att arbeta tillräckligt personcentrerat eller rehabiliterande om en enskild rehabiliteringspersonal har ansvar för ett stort antal boende eller att det inte finns utrymme att handleda omvårdnadspersonal i den utsträckning som behövs för att omvårdnad och rehabilitering ska fungera bra. Överkompensation med hjälpmedel kan också förekomma, till exempel att man använder rullstol i stället för att låta den boende få tid och stöd att ta sig fram på egna ben. Men exempel på motsatsen framkom också i fokusgruppsdiskussionerna, dvs. att hjälpmedel som skulle kunna göra nytta inte sätts in på grund av att rehabiliteringspersonal redan på förhand bedömer att de

inte kommer att ha tid och möjlighet att följa upp insatsen och sköta dokumentationen på ett korrekt sätt.

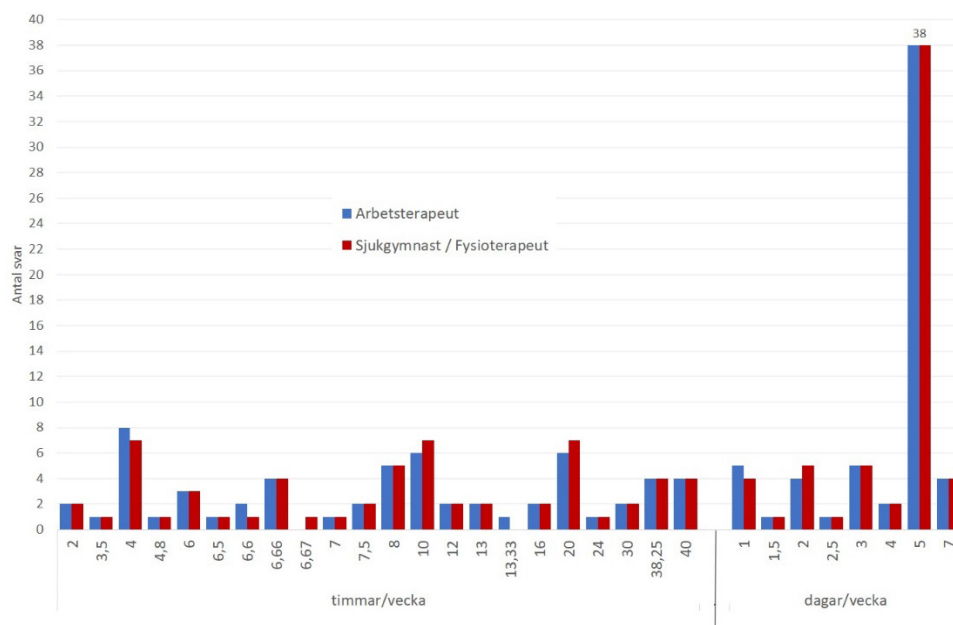
Det framkom också att omvårdnadspersonal ibland anser att rehabiliterande insatser främst är rehabiliteringspersonalens ansvar och att det faller utanför omvårdnadspersonalens arbetsuppgifter. Detta visar på att det kan finnas ett "glapp" mellan rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal, som består av både tidsbrist och kunskapsbrist, när det gäller att utföra rehabiliterande aktiviteter och användningen av hjälpmedel.

Nära samarbete, men olika specialiteter

I fokusgrupperna poängterades att rehabiliteringspersonalen behöver ett nära och välfungerande samarbete med omvårdnadspersonal, men också att fysioterapeuter och arbetsterapeuter är beroende av ett nära samarbete med varandra. Ett tätt samarbete gör att de kan genomföra mer genomarbetade insatser. Men samtidigt som det finns fördelar med att de kan täcka upp för varandra är det inte alltid optimalt att ansvarsområdena sammanblandas och att de utför varandras arbetsuppgifter, eftersom det trots allt är fråga om två olika specialiteter.

Enkät svar

Merparten av de svarande (63 %) tyckte att såväl fysioterapeut som arbetsterapeut behövde vara tillgängliga på enheten fem dagar i veckan. Det var dock en betydligt större variation gällande hur många timmar i veckan de bör finnas tillgängliga, från två till fyrtio timmar var i veckan för respektive profession (figur 3). Den ena ytterligheten (sammantaget 4 h/veckan totalt för rehabiliteringspersonal) kan återspegla en konsulerande verksamhet och en demensenhet där den fysiska förmågan är relativt intakt. Från fokusgrupperna framkom att om den fysiska förmågan är välbevarad är behovet av rehabiliteringspersonal lägre, därtill fanns uppfattningen att rehabiliterande insatser är svårare att utföra med personer som har en demenssjukdom, ibland fungerar det inte alls. Den andra ytterligheten, (sammantaget 80 h/veckan för rehabiliteringspersonal), återspeglar en funktion som är närvarande och stöttar i omvårdnadssituationer, guidar personal, planerar och genomför aktiviteter på såväl individ- som grupp nivå dagligen, vilket bland annat uttrycktes i enkätens fritextsvar.



Figur 3. Bemanning med rehabiliteringspersonal under veckan.

Sammanfattning

- Stor variation bland såväl fokusgrupper som enkätsvar.
- Stor variation i synen på rehabiliteringspersonalens uppdrag.
- I ett ”konsultbaserat” uppdrag är det svårare att säkerställa god implementering av de rehabiliterande insatserna pga. mindre insyn i verksamheten.
- Vid en högre närvaro av rehabiliteringspersonal förstärks det rehabiliterande synsättet samt möjliggör att rehabiliterande insatser utförs i en större grad, samt på ett korrekt sätt.

Konsekvenser av en alltför låg bemanning

I fokusgrupperna diskuterades vilka olika konsekvenser en alltför låg bemanning kan medföra för de boende och de olika yrkesgrupperna på vård- och omsorgsboenden. Vid en alltför låg bemanning behöver omvårdnadspersonalen fokusera på att i första hand möta de boendes basala fysiska behov, vilket kan innebära att mycket annat som också utgör grundläggande mänskliga behov prioriteras bort.

”I dagsläget prioriteras de fysiska delarna och andra mänskliga behov kommer till korta när det finns för lite personal. Livskvalitet prioriteras bort. [...] Det är olika för olika personer vad som är viktigast och vad som utgör livskvalitet för dem. Ibland uttrycker personer att de har ont, men i själva verket behöver de samtal [inte smärtlindring].” (Arbetsterapeut)

Hinner inte jobba personcentrerat och rehabiliterande

I fokusgruppsdiskussionerna framkom att om bemanningen är alltför låg är en vanlig konsekvens att personalen inte hinner arbeta personcentrerat och med ett rehabiliterande synsätt, dvs. anpassa omvårdnad, aktiviteter och bemötande efter varje individs behov. Det kan t.ex. innebära att en boende som egentligen har förmåga att lägga benen över sängkanten själv, förflytta sig på egen hand från sängen till badrummet, borsta tänderna och knäppa knapparna i skjortan, ändå får hjälp av omvårdnadspersonalen att göra det för att det ska gå snabbare. Arbetsterapeuter beskrev att det är ganska vanligt att personalen efterfrågar hjälpmedel (t.ex. lyft-hjälpmedel) i första hand för att de själva ska kunna jobba snabbare och mer effektivt, inte för att stödja den boende i att kunna klara så mycket som möjligt själv. Arbetsterapeuter uppgav också att de ibland avstår från att introducera hjälpmedel för att de bedömer att de inte kommer ha tillräckligt med tid för att handleda personalen i användningen, följa upp och dokumentera.

Aktiviteter anpassas efter vad som är möjligt snarare än efter individernas behov

Vid en alltför låg bemanning är det vanligt att aktiviteter för de boende antingen får prioriteras bort eller anpassas efter vad som är möjligt att genomföra ur ett personalresursperspektiv. Detta påverkar även de boendes möjligheter att vara delaktiga i att utforma sin tillvaro så att den känns meningsfull. Det kan t.ex. innebära att utevistelse uteblir helt eller

att en promenad (rörelse) ersätts med att sitta ute på balkongen. Ett annat exempel är att individuellt anpassade aktiviteter kan ersättas med gruppaktiviteter för att frigöra personal till andra arbetsuppgifter, t.ex. att en ur personalen samlar de boende i gemensamhetsutrymmet för någon gemensam aktivitet/samvaro så att de andra kan förbereda måltider eller sänggående.

”En promenad är ju inte ’bara’ en promenad. Först ska du få en demenssjuk att vilja gå ut. Sen ska det kläs på efter väderlek. Under tiden har personen glömt vad det var man skulle göra, så en viss övertalning kan behövas igen. När ytterdörren öppnas så kan personen kanske ångra sig... Så en promenad på 20 minuter kan lätt ta en timme!” (Fritextsvar i enkäten).

I diskussionerna framkom även att olika aktörer kan ha olika syn på vad som vad som utgör en ”aktivitet” och vad som kan skapa en meningsfull tillvaro för den äldre. Deltagarna menade att anhöriga ibland kan ha förväntningar som handlar om att den boendes dagar behöver fyllas med organiserade gruppaktiviteter och utevistelser för att upplevas som meningsfulla. Personalen, å sin sida, beskrev att rutiner som finns i den äldres vardag ofta kan utgöra tillräckligt utmanande och stimulerande aktiviteter. Att borsta tänderna eller äta en gemensam frukost kan vara en uttömmande aktivitet som kräver återhämtning. För en boende kan möjligheten att få rulla upp håret på morgonen eller titta i personliga fotoalbum vara en mer meningsfull aktivitet än att delta i en organiserad aktivitet.

Bristande tillsyn

På morgnar och kvällar är bemanningen ofta lite lägre, samtidigt som det är vanligt att boende behöver hjälp i sina respektive lägenheter och en del moment kan kräva dubbelbemanning. I sådana situationer innebär en otillräcklig bemanning att boende lämnas helt utan tillsyn i gemensamhetsutrymmen medan personalen är upptagen inne i lägenheterna.

”På en demensavdelning är det bra om en personal alltid finns i de gemensamma utrymmena – man vet aldrig vad som händer och vad de boende kan ta sig för, så en personal behöver finnas tillgänglig. När det är många dubbelbemanningar kan två personal ofta vara

borta 20 min i någons lägenhet, sedan går de in 20 minuter till nästa, och då har de som sitter i TV rummet ingen tillsyn under en lång tid och vad som helst kan utspela sig – det är förskräckligt!” (Omvårdnadspersonal)

Stress och lägre arbetstillfredsställelse för personalen

Deltagarna beskrev att en alltför låg bemanning skapar stress i arbetet på flera olika sätt för sjuksköterskor, omvårdnadspersonal och rehabiliteringspersonal. Exempelvis innebär en låg sjukskötersketäthet att det ställs högre krav på att omvårdnadspersonalen kan arbeta självständigt, men enligt deltagarna finns ofta brister i kompetens och erfarenhet hos personalen, vilket skapar stress och osäkerhet hos båda parter. Vidare är det vanligt att bemanningstätheten för sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal är anpassad för ett relativt begränsat uppdrag, som främst handlar om att utföra avgränsade/renodlade medicinska respektive rehabiliteringsinsatser, eller som en deltagare uttryckte det, ”springa på larm och släcka bränder”. Det innebär att det ofta inte finns tid för att vara närvarande i verksamheten och lära känna de boende och omvårdnadspersonalen, som beskrevs som att ”se och vara en del av helheten kring de boende” på ett sätt som skulle kunna bidra både till högre arbetstillfredsställelse och bättre kvalitet. För omvårdnadspersonalen kan det också upplevas frustrerande att inte hinna arbeta personcentrerat dvs. att inte ha möjlighet att lyssna på och stödja de boende utifrån deras egna förutsättningar och önskemål.

SAMMANFATTANDE KOMMENTAR

Bemanning - en komplex fråga som hänger samman med kvalitet, olika yrkesgruppers uppdrag samt personalens kompetens och arbetsmiljö

Vinjettestudien visade att frågan om lämplig bemanning på vård- och omsorgsboenden är komplex och att bemanning hänger samman med flera andra faktorer, som också inverkar på kvaliteten i vården och omsorgen: synen på olika yrkesgruppers uppdrag, personalens kompetens och engagemang samt arbetsmiljön.

Fokusgrupperna tydliggjorde att en tillräcklig hög bemanning är en nödvändig förutsättning - men inte en garanti - för att gällande kvalitetskrav och riktlinjer uppfylls. Det betonades också att frågan om en lämplig bemanning hänger samman med hur olika yrkesgruppers uppdrag är utformade, dvs. vad som ska åstadkommas med bemanningen, samt med personalens kompetens. Båda dessa faktorer hänger samman med vilken bemanning som anses vara lämplig, men påverkar också i vilken utsträckning det är möjligt att uppnå gällande kvalitetskrav.

Lämplig bemanning högre enligt fokusgrupperna än vad enkäterna visar - olika metodval en bidragande faktor

Resultaten i fokusgrupperna talar över lag för att det anses behövas en högre bemanning för att kunna leva upp till gällande kvalitetskrav, än vad som framkom i enkäterna som skickats ut till samtliga vård- och omsorgsboenden i Stockholms stad. Denna diskrepans hänger sannolikt samman med att informationen samlats in på olika sätt.

Enkäten besvarades av varje vård- och omsorgsboende separat. I vissa fall samlades olika yrkesgrupper på boendet för att diskutera och besvara enkäten tillsammans, men i andra fall kunde det vara en enda yrkesgrupp eller en enskild person som besvarade frågorna utifrån sitt eget perspektiv. Fokusgruppsdiskussionerna leddes av utredare från Äldrecentrum och där skapades en dynamik där deltagarna, som kom från olika vård- och omsorgsboenden och representerade olika yrkesgrupper, diskuterade gemensamt utifrån sina erfarenheter och professioner, uppmärksammade varandra om detaljerna i vinjetten och reflekterade över vad det innebär att följa gällande kvalitetskrav och riktlinjer. Framför allt diskuterades

konsekvenser för bemanningsbehovet mot bakgrunden av att personcentrerad vård och omsorg, delaktighet och ett rehabiliterande synsätt ska omsättas i praktiken.

Hur yrkesgruppers uppdrag utformas påverkar både bemanningsbehov och kvalitet

Ett återkommande tema i samtliga fokusgrupper var frågan vad man lägger in i respektive yrkesgrupps uppdrag, särskilt vad gäller sjuksköterska och rehabiliteringspersonal. Hur uppdraget utformas, dvs. vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som ingår och hur arbetet organiseras, ansågs ha stor påverkan både på bemanningen och på förutsättningarna att nå upp till kvalitetskraven. Till exempel tolkas sjuksköterskeuppdraget enligt fokusgrupperna i praktiken olika på olika arbetsplatser. Uppdraget kan å ena sidan vara begränsat till punktinsatser i form av renodlade HSL-insatser och en sjuksköterska kan ha ansvar för ett större antal boende på flera avdelningar (eller arbeta i patrull), eller så kan sjuksköterskan vara placerad på en specifik avdelning och vara väldigt involverad i teamet, omvårdnadsarbetet och helheten kring de boende, samt vara en närvarande arbetsledare för omvårdnadspersonalen. Deltagarna uttryckte att utformningen av sjuksköterskans uppdrag har stor betydelse för kvaliteten i vården och omsorgen. Om uppdraget fokuserar på punktinsatser ger det generellt ett lägre bemanningstal för sjuksköterskor, men det begränsar samtidigt möjligheten att uppnå gällande kvalitetskrav och riktlinjer, till exempel vad gäller personcentrerad omvårdnad, ett rehabiliterande synsätt och en meningsfull vardag för varje individ.

Liknande resonemang fördes också kring rehabiliteringspersonalens uppdrag. Vissa hade ansvar för många personer på flera vård- och omsorgsboenden. De hinner då att utföra vissa rehabiliterande punktinsatser, men kan inte ha ett kontinuerligt nära samarbete där de guidar omvårdnadspersonalen och är involverade i aktiviteter för de boende. Hur man ser på sitt uppdrag är dels avhängigt hur arbetet är organiserat, dvs. om man arbetar mot flera olika boenden, eller om man alltid är på plats på samma vård- och omsorgsboende, dels vilken kompetens och kunskap man har.

Det fanns en samsyn i fokusgrupperna mellan olika yrkesgrupper kring bemanningsbehovet och deltagarna var väl insatta i varandras kompetenser och önskade överlag en tätare kontakt i det dagliga arbetet. En stor majoritet framhöll att ett fungerande teamarbete förutsätter närvarande sjuksköterska och rehabiliteringspersonal, som känner både de boende

och personalen, för att kunna stötta omvårdnadspersonalen med att arbeta personcentrerat, med ett rehabiliterande synsätt och med att ge de boende en för dem meningsfull vardag.

Personalens kompetens spelar roll för bemanningen

En återkommande viktig punkt i fokusgrupperna var att särskilt omvårdnadspersonalens kompetens spelar en central roll för både kvaliteten i vården och omsorgen och även bemanningsbehov. Omvårdnadspersonalens kompetens bedömdes dock som mycket varierande och ofta för låg, trots genomgången undersköterskeutbildning. Det är också vanligt med bristfälliga kunskaper i det svenska språket, vilket sammantaget ställer större krav på att sjuksköterska och rehabiliteringspersonal har möjlighet att finnas till hands och handleda praktiskt, både i omvårdnadsarbetet med de boende, och också vad gäller dokumentation. Den allmänna uppfattningen i fokusgrupperna var att bristande kompetens hos personalen påverkar kvaliteten i vården och omsorgen negativt. Ökar man bemanningen med omvårdnadspersonal som saknar kompetens eller engagemang ansågs ingen stor förbättring uppnås för de boende. Omvänt ansågs en hög bemanning med kompetent omvårdnadspersonal som är trygg i sin yrkesroll eventuellt kunna minska behovet av bemanning med sjuksköterska och rehabiliteringspersonal. För att höja kompetensen hos befintlig personal och integrera lärandet i arbetsvardagen behöver sjuksköterska och rehabiliteringspersonal vara närvarande och hinna lära ut och handleda.

Är bemanningen alltför låg hinner man inte anpassa efter varje individs behov

Enligt fokusgrupperna blir konsekvensen av en alltför låg bemanning att man främst riktar in sig på att tillgodose de mest basala vård- och omsorgsbehoven. Det man ofta upplever sig vara tvungen att göra avkall på är personcentrering och ett rehabiliterande synsätt, dvs. man hinner inte anpassa aktiviteter och bemötande efter varje persons behov. I fokusgrupperna blev det tydligt att de allra flesta ansåg att det är så situationen på vård- och omsorgsboenden ser ut idag, dvs. att det finns ett glapp mellan den bemanningsnivå man har idag och den bemanning som krävs för att nå upp till de gällande kvalitetskriterierna.

BILAGOR

Bilaga 1

Vinjett: Bemanning av fiktivt vård- och omsorgsboende

Bemanningen av det fiktiva boendet ska vara så att de boende får den vård och omsorg de behöver utifrån vars och ens individuella behov, gällande lagstiftning (SoL och HSL) och Stockholms stads kvalitetskrav samt att personalen har en god arbetsmiljö i enlighet med gällande arbetsmiljölagstiftning.

Vid bemanning av det fiktiva boende ska ni bortse från ekonomiska ramar och eventuella begränsningar i tillgång på personalresurser.

Ni ska bemanna enheten om nio personer med demensdiagnos under dag, kväll och natt, både vardag och helg, med professionerna:

- Sjuksköterska
- Sjukgymnast/fysioterapeut
- Arbetsterapeut
- Omvårdnadspersonal (undersköterska/vårdbiträde)

Vi ser gärna att ni besvarar enkäten i samråd med olika professioner inom er verksamhet, som t.ex. sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal.

Beskrivning av det fiktiva boendet:

Sollyckans vård- och omsorgsboende är beläget centralt i Stockholm och har totalt 54 platser, fördelat på tre våningsplan. Varje våningsplan har totalt 18 lägenheter uppdelade på två olika enheter med nio lägenheter på vardera sida. Två våningsplan är anpassade för personer med demenssjukdom och ett våningsplan har somatisk inriktning.

Enheterna har eget kök och matsal. En gemensam balkong finns på varje våningsplan.

Enhetschef, sjuksköterska samt rehabiliteringspersonal har sina kontor på nedre botten.

Måltider serveras i matsalen och vid behov eller önskemål kan den äldre serveras i den egna lägenheten. Frukost serveras mellan kl. 07.00 och

09.00. Personalen på boendet bereder frukosten själva. Lunch serveras kl. 12.00, lunchen kommer varm i kantiner, personalen ansvarar för att bereda tillbehör, som sallader, såser och potatis. Till middag ansvarar personalen för att värma upp färdig levererad mat. Middagen serveras kl. 17.00. Utöver de tre huvudmålen serveras eftermiddagsfika vid 14.30 samt ett kvällsmål vid 19.00.

På enheten som ni ska bemanna bor nio personer med demensdiagnos. Flera av de äldre på enheten är oroliga och kräver kontinuerlig tillsyn. Tre av de äldre behöver hjälp att äta/föra maten till mun vid samtliga måltider, och två av de äldre önskar äta samtliga måltider i sin egen lägenhet. Dessa behöver stöttning vid samtliga måltider. Tre av de äldre behöver hjälp av två personal vid omvårdnadssituationer såsom vid förflyttningar, dusch, toalettbesök och på- och avklädning.

De äldre får vakna i sin egen takt och vid behov ska de ges möjlighet att vila på dagen. De äldre på enheten ska erbjudas hjälp att gå på toaletten vid behov, även om personen är inkontinent och har inkontinensskydd. De äldre har möjlighet att välja vilken tid som de önskar lägga sig på kvällen. En del önskar lägga sig redan efter kvällsfikat medan andra gärna vill sitta uppe tills kvällspersonalen har avslutat sitt arbetspass.

Bemanningen på Sollyckan ska erbjuda en trygg och meningsfull vardag och ge utrymme för den äldres inflytande och delaktighet. I verksamheten finns en aktivitetsansvarig som anordnar större aktiviteter på nedre botten i husets gemensamma samlingssal på entréplanet, en gång per vecka. Omvårdnadspersonalen ansvarar för de individuella och gemensamma aktiviteterna på enheten 2 ggr/dag i enlighet med gällande krav. De äldre ska erbjudas utevistelse dagligen, vanligtvis brukar tre äldre önska ta kortare promenader på eftermiddagen.

Utöver omvårdnaden ansvarar personalen för städning av de äldres lägenheter, tvätt av de äldres kläder samt beställning av varor. Kvällspersonal ansvarar för städning av köket i slutet av arbetspasset. Personalen har överlappningstid mellan arbetspassen för överrapportering. Minst en gång i månaden har personalen tid avsatt för reflektion.

Bemanningen i verksamheten ska också tillgodose behoven av en god hälso- och sjukvård och ha ett rehabiliterande synsätt genom att se och ta vara på de äldres egna resurser och möjligheter.

Bilaga 2

Enkät



**Stockholms
stad**

1. Hur ska sjuksköterskebemanningen för den fiktiva enheten med nio boende organiseras?

- ☐ Sjuksköterska på enheten dygnet runt alla dagar i veckan
- ☐ Sjuksköterska i huset dygnet runt alla dagar i veckan
- ☐ Sjuksköterskepatrull delar av dygnet och/eller på helger

2. Om patrull på fråga 2. Vilka tider? (flera svarsalternativ möjliga)

- ☐ Vardagar dag
- ☐ Vardagar kväll
- ☐ Vardagar natt
- ☐ Helger dag
- ☐ Helger kväll
- ☐ Helger natt

3. Hur fördelar ni omvårdnadspersonal på vardagar över dygnet? Vid respektive klockslag ange antal personer som enheten ska bemannas med. Exempelvis om en personal delas mellan två av Sollyckans enheter skriver du 0,5 personer, om personen delas mellan 4 enheter skriv 0,25.

07-08

08-09

09-10

10-11

11-12

12-13

13-14

14-15

15-16

16-17

17-18

18-19

19-20

20-21

21-22

22-23

23-00

00-07

4. Hur fördelar du omvårdnadspersonal på helgen över dygnet? Vid respektive klockslag ange antal personer som enheten ska bemannas med. Exempelvis om en personal delas mellan två av Sollyckans enheter skriver du 0,5 personer, om personen delas mellan 4 enheter skriv 0,25.

07-08

08-09

09-10

10-11

11-12

12-13

13-14

14-15

15-16

16-17

17-18

18-19

19-20

20-21

21-22

22-23

23-00

00-07

5. Hur fördelar du sjuksköterskor på vardagar över dygnet? Vid respektive klockslag ange antal personer som enheten ska bemannas med. Exempelvis om en personal delas mellan två av Sollyckans enheter skriver du 0,5 personer, om personen delas mellan 4 enheter skriv 0,25.

07-08

08-09

09-10

10-11

11-12

12-13

13-14

14-15

15-16

16-17

17-18

18-19

19-20

20-21

21-22

22-23

23-00

00-07

6. Hur fördelar du sjuksköterskor på helger över dygnet? Vid respektive klockslag ange antal personer som enheten ska bemannas med. Exempelvis om en personal delas mellan två av Sollyckans enheter skriver du 0,5 personer, om personen delas mellan 4 enheter skriv 0,25.

07-08

08-09

09-10

10-11

11-12

12-13

13-14

14-15

15-16

16-17

17-18

18-19

19-20

20-21

21-22

22-23

23-00

00-07

7. Sammanlagt, hur många heltidsanställningar av olika yrkesgrupper bedömer du att den fiktiva enheten om nio boende behöver bemannas med? Om du anser att det behövs del en av heltidstjänst, ange det med decimaler (t.ex. 4,25 omvårdnadspersonal, 0,25 arbetsterapeut). Ange endast antal heltidsanställningar på plats på boendet. Räkna inte in ev. sjuksköterska via patrull/mobilt team.

Sjuksköterska

Arbetsterapeut

Sjukgymnast/fysioterapeut

Omvårdnadspersonal (undersköterska/vårdbiträde)

Annan (t.ex. servicepersonal, dietist, ytterligare funktion för socialt innehåll/aktiviteter)

8. Hur fördelar du fysioterapeuten/sjukgymnastens tid på den aktuella enheten? Ange antal timmar per vecka, fördelat på antal dagar. (t.ex. 8 timmar i veckan fördelat på en dag i veckan)

Totalt antal timmar per vecka

Fördelat på antal dagar

9. Hur fördelar du arbetsterapeutens tid på den aktuella enheten? Ange antal timmar per vecka, fördelat på antal dagar. (t.ex. 8 timmar i veckan fördelat på en dag i veckan)

Totalt antal timmar per vecka

Fördelat på antal dagar

10. I arbetet ska personalen på Sollyckans vård- och omsorgsboende tillämpa ett rehabiliterande synsätt, dvs. se och ta vara på de äldres egna resurser och möjligheter. Hur påverkar det bemanningen? (Behöver enheten t.ex. ha en högre bemanning vid någon tidpunkt på dagen för att kunna tillämpa ett rehabiliterande synsätt?)

11. Varje boende på Sollyckans vård- och omsorgsboende ska kunna få vård och omsorg utifrån sina individuella behov, t.ex. kunna välja att äta vissa måltider i sin lägenhet eller gå och lägga sig när man önskar på kvällen. Hur påverkar det bemanningen? (Behöver enheten t.ex. ha en högre bemanning vid någon tidpunkt på dagen för att kunna tillämpa ett personcentrerat arbetssätt?)

12. Varje boende på Sollyckans vård- och omsorgsboende ska erbjudas en trygg och meningsfull vardag och det ska finnas utrymme för den enskildes inflytande och delaktighet. Det innebär bl.a. att de boende ska få möjlighet att varje dag ägna sig åt aktiviteter som de uppfattar som meningsfulla och ha möjlighet att gå ut på promenad. Hur påverkar det bemanningen? (Behöver enheten t.ex. ha en högre bemanning vid någon tidpunkt på dagen för att kunna ge den enskilde en trygg och meningsfull vardag?)

Avslutande frågor

13. Vilka yrkesgrupper/funktioner har varit med och besvarat denna enkät?

- ☐ Enhetschef
- ☐ Omvårdnadspersonal
- ☐ Sjuksköterska
- ☐ Fysioterapeut/sjukgymnast
- ☐ Arbetsterapeut
- ☐ Annan, vilken

14. I vilken form drivs den verksamhet där du arbetar idag?

- ☐ Kommunal
- ☐ Entreprenad
- ☐ Privat

Tack för era svar.

Klicka på skicka för att avsluta enkäten.

När du klickat på skicka kan du inte göra några ändringar i enkäten.

Bilaga 3

Enkät svar

Enkät svar lämplig bemanning, omvårdnadspersonal vardagar (n=60)

Klockslag	Vanligaste svar	Enheter		Min	Max	Medel
		Antal	%			
07-08	2	29	48	1	5	2,22
	3	14	23			
	1	1	15			
08-09	3	31	52	2	5	2,83
	2	17	28			
	4	5	8			
09-10	3	31	52	2	5	2,85
	2	14	23			
	2,5	8	13			
10-11	3	33	55	2	5	2,93
	2,5	10	17			
	2	9	15			
11-12	3	34	57	1,5	6	3,03
	2,5	9	15			
	2	7	12			
12-13	3	32	53	2	6	3,30
	4	10	17			
	2,5	6	10			
13-14	3	30	50	1,5	6	3,83
	4	8	13			
	5	6	10			
14-15	3	27	45	2	6	3,49
	4	11	18			
	5	6	10			
15-16	3	26	43	2	6	3,23
	2	11	18			
	4	8	13			
16-17	3	26	43	2	6	2,92
	2	13	22			
	2,5	12	20			
17-18	3	26	43	2	6	3,02
	2,5	11	18			
	2	11	18			
18-19	3	26	43	2	6	2,87
	2	15	25			
	2,5	10	17			

Klockslag	Vanligaste svar	Enheter		Min	Max	Medel
		Antal	%			
19-20	2	25	42	2	5	2,67
	3	22	37			
	2,5	7	12			
20-21	2	34	57	1	5	2,35
	3	14	23			
	1	4	7			
21-22	2	22	37	0,5	4	1,47
	1	15	25			
	1,5	8	13			
22-23	1	27	45	0,5	4	1,15
	1,5	7	12			
	2	6	10			
23-00	1	30	50	0,5	4	1,11
	1,5	6	10			
	0,5	5	8			
00-07	1	30	50	0,5	4	1,11
	1,5	6	10			
	0,5	5	8			

Enkät svar lämplig bemanning, omvårdnadspersonal helg (n=60)

Klockslag	Vanligaste svar	Enheter		Min	Max	Medel
		Antal	%			
07-08	2	30	50	0,5	4	2,15
	3	14	23			
	1	9	14			
08-09	3	30	50	1	4	2,74
	2	19	32			
	4	7	12			
09-10	3	32	53	2	4	2,81
	2	15	25			
	4	7	12			
10-11	3	33	55	2	5	2,89
	2	11	18			
	2,5	8	13			
11-12	3	34	57	1,5	5	2,98
	2	9	15			
	2,5	7	12			
12-13	3	33	55	2	6	3,23
	4	11	18			
	2,5	5	8			

Klockslag	Vanligaste svar	Enheter		Min	Max	Medel
		Antal	%			
13-14	3 4 5	30 9 5	50 15 8	1,5	6	3,30
14-15	3 4 2,5	24 12 6	40 20 10	2	6	3,48
15-16	3 2 4	23 13 10	38 22 17	2	6	3,18
16-17	3 2,5 2,5	26 12 12	43 20 20	2	6	2,92
17-18	3 2,5 2	27 11 10	45 18 17	2	6	3,01
18-19	3 2 2,5	27 14 11	45 23 18	2	5	2,83
19-20	2 3 2,5	24 22 8	40 37 13	2	4	2,63
20-21	2 3 1	34 16 4	57 27 7	1	4	2,30
21-22	2 1 1,5	20 18 9	33 30 15	0,5	3	1,39
22-23	1 2 1,5	26 8 7	43 13 12	0,5	2	1,13
23-00	1 1,5 2	28 7 6	47 12 10	0,5	2	1,10
00-07	1 1,5 2	30 6 5	50 10 8	0,5	2	1,08

Enkät svar lämplig bemanning, sjuksköterska vardag (n=60)

Klockan	Vanligaste svar	Enheter		Min	Max	Medel
		Antal	%			
07-08	0,5 1 0,25	21 15 11	35 25 18	Patrull	1	0,55
08-09	0,5 1 0,4	39 16 2	65 27 3	Patrull	1	0,63
09-10	0,5 1 0,4	39 17 2	65 28 3	Patrull	1	0,65
10-11	0,5 1 0,4	39 17 2	65 28 3	Patrull	1	0,65
11-12	0,5 1 0,4	39 17 2	65 28 3	Patrull	1	0,65
12-13	0,5 1 0,4	39 17 2	65 28 3	Patrull	1	0,65
13-14	0,5 1 0,75	37 17 2	62 28 3	Patrull	1	0,67
14-15	0,5 1 0,75	37 15 2	62 25 3	Patrull	1	0,69
15-16	0,5 1 0,75	34 16 2	57 27 3	Patrull	1	0,67
16-17	0,5 0,25 1	26 11 10	43 18 17	Patrull	1	0,52
17-18	Patrull 0,5 0,25	22 14 10	37 23 17	Patrull	1	0,44
18-19	Patrull 0,25 0,5	24 12 10	40 20 17	Patrull	1	0,39
19-20	Patrull 0,25 0,5	25 11 10	42 18 17	Patrull	1	0,39
20-21	0 0,25	25 11	42 18	Patrull	1	0,39

Klockan	Vanligaste svar	Enheter		Min	Max	Medel
		Antal	%			
	0,5	10	17			
21-22	Patrull 0,25 0,17	26 13 5	43 22 8	Patrull	1	0,30
22-23	0 0,25 0,17	26 12 6	43 20 10	Patrull	1	0,29
23-00	0 0,25 0,17	26 12 6	43 20 10	Patrull	1	0,29
00-07	0 0,25 0,17	26 12 6	43 20 10	Patrull	1	0,29

Enkät svar lämplig bemanning, sjuksköterska helg (n=60)

Klockslag	Vanligaste svar	Enheter		Min	Max	Medel
		Antal	%			
07-08	0,25 0,5 1	20 9 9	33 15 15	Patrull	1	0,40
08-09	0,25 0,5 1	17 15 9	28 25 15	Patrull	1	0,43
09-10	0,25 0,5 1	19 15 9	32 25 15	Patrull	1	0,43
10-11	0,25 0,5 1	19 15 9	32 25 15	Patrull	1	0,43
11-12	0,25 0,5 1	18 16 9	30 27 15	Patrull	1	0,44
12-13	0,25 0,5 1	18 15 10	30 25 17	Patrull	1	0,45
13-14	0,25 0,5 1	18 15 10	30 25 17	Patrull	1	0,45
14-15	0,25 0,5	18 14	30 23	Patrull	1	0,48

Klockslag	Vanligaste svar	Enheter		Min	Max	Medel
		Antal	%			
	1	10	17			
15-16	0,25 0,5 1	19 14 9	32 23 15	Patrull	1	0,46
16-17	0,25 Patrull 0,5	19 12 12	32 20 20	Patrull	1	0,41
17-18	Patrull 0,25 0,5	26 11 9	43 18 15	Patrull	1	0,39
18-19	Patrull 0,25 0,5	26 12 8	43 20 13	Patrull	1	0,37
19-20	Patrull 0,25 0,5	26 12 8	43 20 13	Patrull	1	0,37
20-21	Patrull 0,25 0,5	27 12 7	45 20 12	Patrull	1	0,37
21-22	Patrull 0,25 0,17	27 12 6	45 20 10	Patrull	1	0,29
22-23	Patrull 0,25 0,17	27 11 6	45 18 10	Patrull	1	0,29
23-00	Patrull 0,25 0,17	27 11 6	45 18 10	Patrull	1	0,29
00-07	Patrull 0,25 0,17	27 10 6	45 17 10	Patrull	1	0,31

Bilaga 4

Fritextsvar enkät

I enkäten fanns tre frågor med möjlighet för fritextsvar. Dessa svar har slagits samman och komprimerats i nedanstående tabell.

I arbetet ska personalen på Sollyckans vård- och omsorgsboende tillämpa ett **rehabiliterande synsätt**; få **vård och omsorg utifrån sina individuella** behov samt erbjudas en **trygg och meningsfull vardag** och det ska finnas utrymme för den enskildes inflytande och delaktighet...

Behöver enheten ha en högre bemanning vid någon tidpunkt på dagen för att kunna tillämpa ett rehabiliterande synsätt/ trygg och meningsfull vardag/ personcentrerad vård?		
Rehabiliterande synsätt	Trygg och meningsfull vardag	Individuella behov
För samtliga:		
Måste ha en tillräckligt hög grundbemanning Förstärkt bemanning dygnet runt Förstärkt bemanning under dygnets vakna timmar Förstärkt bemanning vid kritiska tidpunkter Möjlighet att bemannas upp extra beroende på situation och individ Ha löpare i huset / finnas "rörliga resurser" i huset Ha överlappande arbetstider Löpande nattpersonal så att enheten inte lämnas utan tillsyn		
Tillfällen:		
Morgon, förmiddag, lunch, eftermiddag, dygnet runt. Måltider, aktiviteter, läggdags	Förmiddag, mitt på dagen, eftermiddag, kväll. Måltider	Förmiddag, eftermiddag, kväll. Måltider
Tidpunkter:		
7-10; 7-12; 7-15; 7-16; 7-21; 8-12; 8-16; 8-20; 9-19; 12-16, 16-20; 18-20;	7-15; 7-21, 8-18; 8-20; 9-19; 10-15, 10-16, 10-17, 10-19	7-10; 7-12, 7-15; 7-21; 8-16; 8-21; 9-19; 12-16; 16-20; 16-21; 18-20; 19-22

Rehabiliterande synsätt	Trygg och meningsfull vardag	Individuella behov
Specifikt:		
Två heltidsanställda rehabiliteringspersonal som utför insatser och ingår i omvårdnadsarbetet	Ha en aktivitetssamordnare/-ansvarig/-ledare /-vård	Undvika stress (med hjälp av extra bemanning) som smittar av sig på boende
Hög grundbemanning för att "vänta in boende"	En tjänst i huset som ansvarar för det sociala innehållet under dagen	Höja bemanning vid ändrad vårdtyngd
God planering och strukturera arbetet	Arbeta med genomförandeplanen	God planering och strukturera arbetet.
Arbeta med vardagsaktivering	Alla i teamet runt den boende deltar i aktiveringen	Extra personal (löpare) för att slippa stressa vid morgon- och kvällsomvårdnad
Ska vara ett genomsyrande arbetssätt	Utrymme för utevistelse, sociala aktiviteter, BPSD-åtgärder	God planering och lugnt arbetssätt för att undvika stress hos den boende och låta hen medverka mer vid omvårdnaden
Behöver finnas tid för teammöten	God strukturerad planering för aktiviteter och utevistelse	
Ha med rehabiliteringspersonal i omvårdnadssituationer och stärka den boendes delaktighet utifrån förmåga. En demenssjuk behöver få mer tid	En promenad är ju inte "bara" en promenad. Först ska du få en demenssjuk att vilja gå ut. Sen ska det kläs på efter väderlek. Under tiden har personen glömt vad det var man skulle göra. Så en viss övertalning igen. När ytterdörren öppnas så kan personen kanske ångra sig....så en promenad på 20 minuter kan lätt ta en timme	
Arbeta för patientens bästa och att planering följs	Idag är dom äldre betydligt sjukare och då kan ibland aktiviteten bara vara att komma upp ur sängen. Många idag kan inte tillgodose sig det större aktiviteter som verksamheten erbjuder	

Löpare för att stödja vid tex omvårdnad, städ, matlag- ning, egen tid, läkarbesök etc.	Använda rehabiliteringsper- sonal, sjuksköterska och akti- vitetsmördnare för me- ningsfulla vardag. Verksam- hetschef kan bistå.
Förhöjd bemanning vid be- hov/vårdtyngd	Möjliggöra promenader un- der alla tider

Äldreförvaltningen i Stockholms stad fick uppdraget att ge förslag på grundbemanning för samtliga yrkesgrupper på vård- och omsorgsboenden. Som en del i detta arbete har Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum genomfört en vinjettstudie, för att utreda hur en lämplig bemanning bör se ut på en enhet med demensinriktning på ett vård- och omsorgsboende.

Vinjetten, som utgjordes av ett fiktivt boende, hade inga resursrestriktioner att ta hänsyn till, utan fokus låg på att utforma bemanningen på ett sätt som gör det möjligt att uppfylla de kvalitetskrav och riktlinjer som åligger utförare i Stockholms stad, med särskild betoning på rehabiliterande synsätt, trygg och meningsfull vardag samt personcentrerad vård och omsorg.

Studien genomfördes med hjälp av fokusgrupper med olika yrkeskategorier på vård- och omsorgsboenden, samt en enkät som distribuerades till samtliga boenden i Stockholms stad. Syftet med fokusgruppsdiskussionerna var att fånga deltagarnas resonemang kring lämplig bemanning på den fiktiva enheten, samt belysa vilka konsekvenser en alltför låg bemanning kan få. Syftet med enkäten var att få en uppfattning om lämplig bemanning för den fiktiva enheten baserad på erfarenheter från de yrkesgrupper som arbetar på vård- och omsorgsboenden.

