

PM Kartläggning och förslag på grundbemanning vård och omsorgsboende

Bilaga 3

Kontaktpersoner

Elisabeth Landström 08-508 36 245
Jenny Österman 08-508 36 246

Kartläggning och förslag på grundbemanning vård- och omsorgsboende

Uppdrag

Äldrenämnden ska i samråd med kommunstyrelsen och stadsdelsnämnderna kartlägga och ge förslag på nivå för grundbemanning för samtliga personalkategorier vid vård- och omsorgsboende.

Metod och syfte

Syftet med uppdraget är att kartlägga bemanningen på vård- och omsorgsboende i Stockholms stad samt beskriva för- och nackdelar med olika sätt att organisera verksamheten, vad som är en lämplig bemanning och hur resurser kan användas på ett effektivt sätt. Inom ramen för uppdraget har även en översyn genomförts över metoder och verktyg som har utvecklats för att mäta vårdtyngd inom vård- och omsorgsboende för att kunna anpassa bemanningen utifrån aktuella behov. Även möjligheten för de olika yrkeskategorierna att arbeta teambaserat kring de boende har belysts inom ramen för denna utredning.

Utredningen belyser nedanstående områden:

- Kartläggning av tillgången till sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och omvårdnadspersonal på vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad.
- Beskrivning av olika sätt att tillgodose behovet av olika yrkeskategorier på vård- och omsorgsboende.
- Metoder och verktyg som finns för att mäta vårdtyngd inom vård- och omsorgsboenden.
- Hur bemanningen i relation till kvalitetskraven och de boendes behov kan se ut i praktiken på vård- och omsorgsboenden.

Genomförande

Uppdraget har genomförts i samråd med stadsledningskontoret och stadsdelsförvaltningarna.

Del 1: Våren 2022

Som ett första steg genomfördes en kartläggning av den faktiska bemanningen på samtliga vård- och omsorgsboenden belägna i

Stockholms stad. Uppgifterna inhämtades dels genom en digital enkät och dels utifrån uppgifter från verksamhetsuppföljning år 2021. Enkäten besvarades av samtliga 77 boenden i Stockholms stad.

På uppdrag av äldreförvaltningen har Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum genomfört omvärldsbevakning och intervjuer avseende metoder och verktyg för att kunna mäta vårdtyngd i syfte att använda i personalplanering inom äldreomsorgen.¹ Intervjuer genomfördes med personer som har kunskap och erfarenhet av utveckling och användning av metoder och verktyg för vårdbehovsmätning;

- verksamhetschefer/samordnare med erfarenhet av bemanningsplanering vid totalt tre vård- och omsorgsboenden ett i kommunal regi och två i privat regi, var av en stiftelse.
- handläggare på SKR (Sveriges Kommuner och Regioner)
- företrädare för ett företag som erbjuder verktyg för vårdbehovsmätning till kommuner.

Del 2: Hösten 2022

I syfte att belysa för- och nackdelar med olika sätt att organisera bemanningen genomfördes intervjuer med verksamhetschefer, sjuksköterskor, samt arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast från totalt sex vård- och omsorgsboenden i kommunal regi. För att kunna belysa arbetsterapeutens och fysioterapeutens roll, ansvar samt utmaningar och möjligheter på vård- och omsorgsboenden i relation till kvalitetskraven genomfördes intervjuer med medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Erfarenheter har också inhämtats från en referensgrupp bestående av avdelningschefer för äldreomsorg från tre stadsdelsförvaltningar samt från inspektörer, kvalitetsobservatörer och strateger på äldreförvaltningen.

I syfte att problematisera kring utmaningar och möjligheter med att bemanna ett vård- och omsorgsboende genomfördes tre fördjupande fokusgruppsintervjuer där deltagarna fick diskutera lämplig bemanning på ett fiktivt boende för personer med demenssjukdom utifrån gällande lagstiftning och kvalitetskrav.

Fokusgruppsintervjuerna föregicks av en enkätundersökning där chefer och medarbetare på vård- och omsorgsboende inom Stockholms stad fick bemanna ett fiktivt boende enligt samma beskrivning som användes vid fokusgruppsintervjuerna. Underlaget för fokusgruppsintervjuerna byggde på ett boende som till storlek, utformning och förutsättningar speglar ett vanligt förekommande boende inom Stockholm stad, för närmare beskrivning se bilaga 1. Vid fokusgruppsintervjuerna var det mixade grupper där chefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster och omvårdnadspersonal fanns representerade. Totalt var det sju till

åtta deltagare i varje fokusgrupp. Deltagarna kom från vård- och omsorgsboenden i Stockholms stad, alla olika regiformer fanns representerade. Uppgiften var att gemensamt resonera fram lämplig bemanning på det fiktiva boendet för en god äldreomsorg utifrån gällande kvalitetskrav. 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 personcentrerad vård och omsorg, funktionsbevarande och rehabiliterande förhållningssätt samt en trygg och meningsfull vardag. Fokusgruppsintervjuerna och sammanställningen genomfördes av Äldrecentrum.²

Avgränsning

Privata vård- och omsorgsboenden inom valfrihetssystemet som var belägna i annan kommun ingick inte i utredningen.

Ekonomiska aspekter, styrning och ledning samt tillgången till personal, schemaläggning, arbetstidsförläggning och rekryteringsmöjligheter har inte heller behandlats inom ramen för denna utredning.

Bakgrund till uppdraget

Det finns ingen etablerad norm för vad som är en ”lämplig” bemanning på vård- och omsorgsboende. I socialtjänstförordningen finns ett krav om att det i särskilt boende ska finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om de boende behöver stöd och hjälp (2 kap. 3 § SoF).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska det, där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet, finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (2017:30 kap 5 2 §).

Av 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) framgår det att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet som utför uppgifterna inom socialtjänsten. Kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Erfarenheter från statlig tillsyn

I Coronakommissionens delbetänkande ”Äldreomsorgen under pandemin” (SOU 2020:80) konstaterades att den svenska strategin att skydda de äldre hade misslyckats. Kommunerna har vård- och omsorgsansvaret för de allra sköraste äldre personerna, de som visade sig kunna drabbas hårdast av covid-19. Enligt kommissionen

var äldreomsorgen illa rustad för att hantera en pandemi vilket de ansåg berodde på sedan länge kända strukturella brister. Trots åtgärder från regeringen och statliga myndigheter under våren 2020 för att minska smittspridning i äldreomsorgen, bedömde kommissionen att dessa åtgärder var sena och i flera avseenden otillräckliga.

De brister som kommissionen pekade på handlade bland annat om otillräcklig bemanning och kompetens, otillräcklig medicinsk kompetens och tillgång till medicinsk utrustning samt problem kring skyddsutrustning och provtagningskapacitet. Kommissionen ansåg att riksdag och regering måste se över vad som är en tillräcklig bemanning på särskilda boenden och i hemtjänsten, inte minst vad gäller vård och behandling av personer med demenssjukdom. Trots ökade medicinska behov hos omsorgstagarna i Sverige ansåg kommissionen att bemanningen med medicinskt utbildad personal generellt sett är låg.

Även Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kunde utifrån sin tillsyn under pandemin se att bristerna främst var kopplade till bemanning men också brister i hälso- och sjukvårdsdokumentationen. IVOs granskning visade att det inte enbart varit brist på sjuksköterskor utan även på omvårdnadspersonal. Både intervjuer och journalgranskning visade enligt IVO allvarliga brister i vården och omsorgen i livets slutskede. Till exempel ansåg IVO att bemanningsbristen medfört att det varit svårare än tidigare att sätta in vak när en patient varit döende. Kompetens- och bemanningsbristerna innebar enligt IVO också extra svårigheter att tillgodose att patienterna får de insatser och den behandling som läkare ordinerat. IVO ansåg att dessa problem varit kända sedan tidigare, men de blev tydligare i och med pandemin.³

Tidigare försök att reglera bemanningen

Socialstyrelsen fick 2011 i uppdrag att se över möjligheten att utarbeta riktlinjer för bemanning i hela äldreomsorgen och att varje kommun med detta som grund skulle fastställa lokala riktlinjer för bemanning för en god äldreomsorg i sin kommun, även uttryckt i kvantitativa mätbara mått. Frågan bordlades och 2012 kom Socialstyrelsens yttrande där det fastslogs:

”Socialstyrelsen anser att bemanningen i särskilda boenden där personer med demenssjukdom bor ska utgå från den enskildes individuella behov och att regler om detta kan gälla även för andra personer än de med demenssjukdom som bor i

särskilt boende, men inte för äldreomsorgen i övrigt. Styrelsen anser vidare att det behövs en helhetssyn på problemen med bristande bemanning inom äldreomsorgen. Enligt styrelsen kan inte problemen lösas enbart genom tydligare nationella regler, utan de måste även angripas genom ett lokalt sammanhållet arbete som omfattar bl.a. den nationella värdegrunden och ökad kunskap. ”

År 2014 gjordes ett nytt försök av Socialstyrelsen att ta fram förslag till föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för äldre personer och bemanning i särskilda boenden. Förslaget fick mycket kritik och istället gjordes senare en ändring i Socialtjänstförordningen utifrån en dialog mellan Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och regioner (SKR):

”I en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453) ska det, utifrån den enskildes aktuella behov, finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa. Förordning (2018:1935).”

Kravet i socialtjänstförordningen trädde i kraft den 15 april 2016 och gäller för alla särskilda boenden inom Sverige, oavsett regiform.

Lämpligt antal platser på vård- och omsorgsboende

Det finns inga fastställda krav på en övre gräns för antal platser per avdelning på ett särskilt boende för äldre. I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg för personer med demenssjukdom rekommenderar Socialstyrelsen att boendet kännetecknas av en inkluderande boendemiljö som främjar känslan av att vara välkommen i dagliga aktiviteter och som känns bekant för personen samt småskalighet i form av ett begränsat antal lägenheter per enhet. Hur många som kan bo i ett småskaligt boende för att det ska få kallas småskaligt finns det dock inga bestämmelser kring.⁴ Enligt Socialstyrelsens utvärdering 2014 hade 75 procent av enheterna som var anpassade för personer med demenssjukdom tio platser eller färre.⁵ Vid tillståndsgivning för privata utförare att bedriva särskilt boende för äldre samt för entreprenörer utgår IVO från aktuell lagstiftning samt Socialstyrelsens riktlinjer, bedömningen görs därefter utifrån respektive ansökan.

⁴ Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom Stöd för styrning och ledning.

⁵ Socialstyrelsen Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning 2014

Vårdtyngdsmätning på vård- och omsorgsboende i Stockholms stad

Stockholms stads valfrihetssystem för vård- och omsorgsboende infördes 2008. När valfrihetssystemet infördes innebar det bland annat en ersättningsmodell i tre nivåer. Ersättningsnivåerna fastställdes utifrån en vårdbehovsmätning av den enskildes omvårdnadsbehov i samband med beslut om plats på vård- och omsorgsboende och därefter utifrån den enskildes eventuella förändrade behov. Tanken med den differentierade ersättningen var att bemanningen skulle kunna anpassas utifrån de boendes aktuella behov.

År 2013 genomfördes en översyn av ersättningsmodellen, där det framkom att majoriteten, 73 procent, av alla bedömningar låg i nivå 2. I översynen konstaterades att nivåfördelningen varit relativt konstant över tid. Översynen såg vissa fördelar med vårdbehovsmätningarna men nackdelen var att de var resurskrävande och gav utrymme för olika tolkningar. Den kanske allvarligaste invändningen mot nivåsystemet var att i de fall utförarna skulle få upp ersättningsnivåerna, tvingades de fokusera på och framhålla de boendes begränsningar i stället för deras resurser. Nivåerna motverkade därigenom ett salutogent förhållningssätt i vården och omsorgen om den enskilde. Utifrån resultaten av översynen föreslogs istället en fast vårddygnersättning för boenden inom valfrihetssystemet och att ersättningen skulle utgå ifrån om respektive plats var avsedd för demens- eller somatisk inriktning. Från och med januari 2014 infördes därför en fast ersättning utifrån detta.

Utredning om ny äldreomsorgslag

Coronakommissionens kritik ledde bland annat till att regeringen 2020 tillsatte en utredning som skulle ta fram ett förslag om en äldreomsorgslag, i syfte att tydliggöra äldreomsorgens uppdrag, främja likvärdighet över landet och bidra till höjd kvalitet inom äldreomsorgen. Utredningen "Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer" har föreslagit en ny äldreomsorgslag som ska komplettera socialtjänstlagen och ska stödja en äldreomsorg med likvärdigt god kvalitet och en äldreomsorg som utgår från individens förutsättningar, behov och delaktighet. I lagförslaget föreslås mål om att äldreomsorgen ska ha ett förebyggande perspektiv och inriktas på att vara hälsofrämjande och stödja funktionsförmåga, samt att äldreomsorgen ska vara tillgänglig. Utredningen har också tagit fram förslag på hur hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan förstärkas så att kvalitet och tillgänglighet förbättras för personer som får kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen föreslår bland annat att regionens ansvar för

att tillhandahålla läkare till patienter med kommunal primärvård förtydligas. Det ska till exempel vara möjligt att vid behov få en medicinsk bedömning av läkare dygnet runt. På motsvarande sätt föreslår utredningen att kommunens ansvar att säkerställa att det är möjligt att vid behov få en medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt i kommunens primärvård tydliggörs.

Vidare fastslog utredningen att det inte är möjligt eller lämpligt att i lagstiftning ange ett antal personal som är generellt tillräckligt. Det måste avgöras från fall till fall utifrån behoven och förutsättningarna i verksamheten. Behovet av personal är beroende av många faktorer såsom personalens erfarenhet, omsorgsbehov hos de äldre, ledarskap, mandat och uppdrag, utbildning etcetera. Hur mycket personal som behövs i en verksamhet är även avhängigt andra förutsättningar än vård- och omsorgsbehov, som till exempel personalens kompetens, förekomsten av legitimerad hälso- och sjukvårdpersonal, arbetssätt, lokalers utformning och tillgång till tekniskt stöd med mera. Hur mycket personal som behövs behöver därför kunna anpassas till lokala förutsättningar och vara en fråga som huvudmännen och enskilda utförare av insatser ansvarar för. Att reglera antal personal i lag skulle inte vara ändamålsenlig styrning och inte heller lämna utrymme till kommunerna att anpassa bemanning efter alla de förutsättningar som ska vägas in.⁶

Bemanning utifrån avtal och uppdragsbeskrivning för vård- och omsorgsboenden i Stockholm

I avtal med privata utförare och i uppdragsbeskrivning för kommunal regi i Stockholms stad, finns följande krav gällande bemanning:

”Utföraren ansvarar för att verksamheten är bemannad dygnet runt årets alla dagar med sådan kompetens och med sådan personalstyrka att de enskilda alltid tillförsäkras nödvändig tillsyn och säkerhet såväl beträffande hälso- och sjukvård som personlig omvårdnad. Detta omfattar även krav på att scheman läggs så att det finns tillräcklig tid för muntlig och skriftlig överrapportering mellan arbetspassen samt att det finns skriftliga och säkra rutiner för detta.

Utföraren ska utföra sina åtaganden med den personalstyrka som krävs. Det innebär att utföraren ansvarar för att det alltid finns tillräckligt med personal, av olika yrkeskategorier med adekvat utbildning och tillräcklig kompetens för att:

⁶ SOU 2022:41. Nästa steg Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer. Betänkande av Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner.

- uppfylla kraven på god kvalitet i den vård och omsorg som ges,
- upprätthålla trygghet och god säkerhet för de boende såväl beträffande medicinsk som personlig omvårdnad,
- kunna utföra genomförandeplanens innehåll, inklusive utevistelse, aktivering, stimulans och en innehållsrik dag för de enskilda,
- genomföra och säkerställa dokumentation, planeringsarbete, kompetensutveckling, reflektion och diskussion om förhållningssätt och metoder.”

Dessa skrivningar härstammar från de krav som Länsstyrelsen i Stockholm ställde när de ansvarade för tillståndsprövning av privata utförare. Därutöver hänvisas i avtal och uppdragsbeskrivning även till bestämmelsen i socialtjänstförordningen som beskrivits tidigare.

Verksamheter som drivs på entreprenad i Stockholms stad har till skillnad från övriga driftsformer ett så kallat täthetschema som de enligt avtalet måste följa. Respektive stadsdelsnämnd beslutar hur kravet på bemanningen ska se ut för det aktuella vård- och omsorgsboendet vid upphandlingen.

Del 1. Kartläggning av bemanning på vård- och omsorgsboenden inom staden

Kartläggningen av bemanning, som genomfördes som en del av denna utredning, bygger på verksamheternas inrapporterade uppgifter om aktuell beläggning och antal personal dag, kväll, natt och helg i april 2022. Beräkningen är gjord utifrån samma princip som Socialstyrelsen använder, det vill säga aktuellt antal boende i förhållande till antal personal vid en viss dag och klockslag. Detta för att få fram en jämförbar bild av faktisk personaltäthet.

Uppgifterna är uppdelade på regiform, om boendet har sjuksköterskepatrull eller inte samt boendets storlek. Det är svårt att göra direkta jämförelser avseende bemanningen av omvårdnadspersonal mellan verksamheter. Lokalernas utformning kan exempelvis påverka möjligheten att samarbeta över avdelningsgränserna. Det kan också finnas skillnader i vad som ingår i omvårdnadspersonalens arbetsuppgifter som exempelvis matlagning, städning eller andra särskilda ansvarsområden.

Kartläggningen av bemanning omfattade 77 vård- och omsorgsboenden, samtliga regiformer, inom Stockholms stads kommungräns. Dessa var fördelade på 24 vård- och omsorgsboenden i kommunal regi, 14 på entreprenad och 39 i privat regi.

Kartläggning av sjukskötersketäthet på vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad

Sjuksköterskebemanning på plats dygnet runt

Samtliga verksamheter hade sjuksköterska på plats i verksamheten under dagtid på vardagar. Tabellen nedan redovisar antal boenden som har sjuksköterska på plats vid olika dagar och tider på dygnet, uppdelat per regiform. Av de 24 boenden i kommunal regi hade 16 (67 procent) sjuksköterska på plats vardag kväll, vilket kan jämföras med boenden i privat regi, där två av 39 (5 procent) hade sjuksköterska på plats vardag kväll. Vanligast var att boenden som drevs på entreprenad hade sjuksköterska på plats vardag kväll och natt samt under helgen (tabell 1).

Tabell 1 Antal och andel (%) vård- och omsorgsboenden med sjuksköterska på plats kvällar, nätter och helger samt i Jämförelse mellan regiformer, april 2022.

Regiform	Totalt antal per regiform	Vardag kväll	Vardag natt	Helg dag	Helg kväll	Helg natt
Kommunal regi	24	16 (67)	14 (58)	20 (83)	16 (67)	14(58)
Entreprenad	14	10 (71)	10 (71)	13 (93)	10 (71)	10 (71)
Privat regi	39	2 (5)	3 (8)	23 (59)	2 (5)	3 (8)
Totalt antal boenden med ssk på plats	77	28 (36)	27 (35)	56 (73)	28 (36)	27 (35)

I genomsnitt fanns det 5,5 sjuksköterskor per 100 boende vardagar klockan 09.00 för samtliga regiformer. Spannet varierade dock mellan cirka två till elva sjuksköterskor per 100 boende.

Det var ingen direkt skillnad i sjukskötersketätheten dagtid på en vardag beroende på om verksamheten hade sjuksköterskepatrull viss del av dygnet/helgen eller inte. Inte heller om boendet hade demensinriktning och eller somatisk inriktning. Däremot hade vård- och omsorgsboenden med korttidsvård en högre sjukskötersketäthet på dagtid, särskilt de som också använde sig av sjuksköterskepatrull i någon utsträckning.

Storleken på vård- och omsorgsboendena inom Stockholms stad skiljer sig åt mellan som minst 13 platser till som störst 327 platser. Det minsta och det största boendet drivs bägge i kommunal regi. I snitt hade ett vård- och omsorgsboende i Stockholms stad 69 platser (median 57). Kommunala vård- och omsorgsboenden hade i snitt 84 platser, entreprenader 65 platser och privata vård- och omsorgsboenden 52 platser. Det var inte någon direkt skillnad i sjukskötersketäthet beroende på vård- och omsorgsboendets storlek. Ju mindre vård- och omsorgsboendet var desto vanligare var det med bemanning via sjuksköterskepatrull. Det fanns dock undantag. Det största boendet som hade sjuksköterskepatrull kvällar, nätter

och helger hade 114 platser och drevs i kommunal regi. Det minsta boendet som hade sjuksköterska på plats dygnet runt hade 30 platser och drevs på entreprenad (tabell 2).

Tabellen nedan visar sjukskötersketäthet fördelat på vardag och helg samt olika tider på dygnet, uppdelat per regiform.

Tabell 2. Medelvärde sjukskötersketäthet dag, kväll, natt samt helg totalt och uppdelat per regiform. Endast de som hade sjuksköterska på plats vid aktuell tidpunkt (antal), april 2022.

Regiform	Ssk-täthet Vardag dag	Ssk-täthet vardag kväll	Ssk-täthet vardag natt	Ssk-täthet helg dag	Ssk-täthet helg kväll	Ssk-täthet helg natt
Kommunal	0,060	0,017 (16)	0,013 (14)	0,019 (20)	0,016 (16)	0,013 (14)
Entreprenad	0,053	0,021 (10)	0,017 (10)	0,019 (13)	0,019 (10)	0,018 (10)
Privat	0,055	0,022 (2)	0,013 (3)	0,021 (23)	0,015 (2)	0,013 (3)
Samtliga vob	0,055	0,019 (28)	0,015 (27)	0,019 (56)	0,017 (28)	0,015 (27)

*antal sjuksköterskor summeras och delas med aktuellt antal boende, svaret anger antalet sjuksköterskor per boende, det vill säga täthet på 0,01 innebär 1 sjuksköterska per 100 boende.

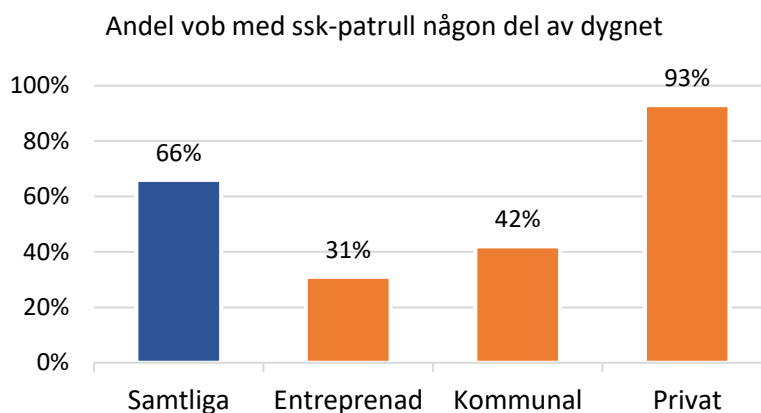
Det var samma genomsnittliga täthet bland sjuksköterskor på kvällar oavsett om det var vardagar eller helger. I genomsnitt var det samma täthet vardag kväll som dagtid under helger, 1,9 sjuksköterskor per 100 boende. Det var även samma sjukskötersketäthet på natten oavsett veckodag. På helgkvällar var det i genomsnitt 1,7 sjuksköterska i tjänst per 100 boende. Det var endast små skillnader i sjukskötersketätheten mellan regiformer (tabell 2).

Sjuksköterskebemanning genom patrull

Det förekommer i ganska stor utsträckning att vård- och omsorgsboenden tillgodoser behovet av sjuksköterska genom så kallad patrull på kvällar, nätter och helger. Ibland benämns dessa som mobilt team, i denna utredning används begreppet patrull. Hur det är organiserat skiljer sig mellan olika verksamheter. Några har egna patruller med sjuksköterskor inom bolaget, koncernen, organisationen eller stadsdelsförvaltningen och andra har upphandlat tjänsten. Patrullen tillhandahåller sjuksköterskeinsatser genom planerade och akuta insatser i verksamheten samt via telefonrådgivning.

Figuren nedan visar att mer än hälften, 66 procent, (51 stycken) av vård- och omsorgsboendena var bemannade med sjuksköterskepatrull någon del av dygnet och/eller på helger. Verksamheter i privat regi hade högst andel, 93 procent, (37 av 39) boenden som var bemannade via patrull någon del av dygnet. Boende som drevs på entreprenad hade lägst andel boenden, 31 procent, med patrull,

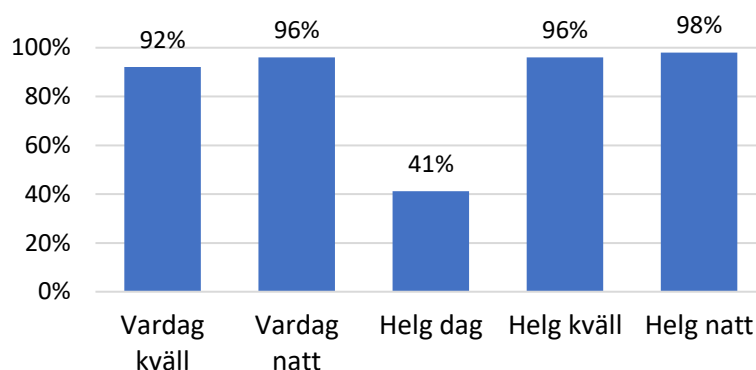
vilket kan förklaras med att de har ett täthetsschema enligt avtal som de måste följa (figur 1).



Figur 1. Andel av samtliga vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad som har ssk-patrull någon del av dygnet samt uppdelat per regiorm, april 2022.

Av de boenden som ingick i kartläggningen var det elva som hade korttidsplatser. Av dessa var det fem som bemannade verksamheten med sjuksköterska genom patrull på kväll och natt vardag som helg. Fyra av dessa drevs i privat regi och en i kommunal regi.

Figuren nedan visar att det skiljde sig mellan boendena avseende vilka tider och veckodagar verksamheterna anlätade sjuksköterska via patrull. Vanligast var att de hade patrull under helgnätter följt av vardagsnätter och helgkvällar.



Figur 2. Vård- och omsorgsboenden som bemannar via patrull vid olika arbetspass på dygnet och i veckan, april 2022.

I de fall vård- och omsorgsboendet hade sjuksköterska via patrull på vardag kväll och natt hade det även vid samma tider under helger. Drygt 40 procent (21 verksamheter) var bemannade med sjuksköterska via patrull även dagtid på helger, det vill säga att de var bemannade med sjuksköterska via patrull dygnet runt på helger. Det innebär att 27 procent (21 av 77 boenden) av samtliga vård- och omsorgsboenden inom staden var bemannade med patrull från

fredag eftermiddag till måndag morgon. Bland dessa fanns samtliga regiformer representerade.

Tätheten av omvårdnadspersonal på vård- och omsorgsboende i Stockholms stad

I snitt var det cirka 30 omvårdnadspersonal per 100 boende en vardag klockan 09.00. Det var stor variation i personaltätheten mellan boendena, mellan 21 till 41 personal per 100 boende (tabell 3). Omräknat för en enhet med nio boende skulle det innebära en variation mellan 1,9 till 3,7 omvårdnadspersonal.

Tabell 3. Täthet omvårdnadspersonal på vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad kl. 09.00 måndagen den 4 april 2022 sammantaget och i jämförelse mellan regiformer, boendets storlek och om boendet hade korttidsplatser.

Urval	Täthet vardag kl. 9.00	Min-Max	Med patrull	Utan patrull
Samtliga vob	0,29	0,21 - 0,41	0,29	0,30
Kommunal regi	0,30	0,21 - 0,39	0,31	0,30
Entreprenad	0,31	0,26 - 0,37	0,32	0,30
Privat regi	0,28	0,22 - 0,41	0,28	0,29
Korttidsplatser	0,28	0,21 - 0,35	0,27	0,28
Upp till 57 platser	0,28	0,22 - 0,37	0,28	0,31
58 platser eller mer	0,30	0,21 - 0,41	0,31	0,30

*antal omvårdnadspersonal summeras och delas med aktuellt antal boende, svaret anger antalet omvårdnadspersonal per boende, det vill säga täthet på 0,29 innebär 29 omvårdnadspersonal per 100 boende.

Den stora variationen i tätheten mellan boendena kan inte förklaras utifrån denna kartläggning. Det var inga större skillnader i personaltätheten bland omvårdnadspersonalen mellan regiformer eller om verksamheten hade sjuksköterskepatrull eller inte, vilken/vilka inriktningar verksamheten hade eller boendets storlek.

Tabellen nedan visar personaltätheten en vardag klockan 09.00 i kommunal regi och på entreprenad, uppdelat per stadsdelsförvaltning (tabell 4).

Tabell 4 Täthet omvårdnadspersonal i snitt (medelvärde) kl. 09.00 måndag den 4 april 2022 för boenden i kommunal regi och på entreprenad per stadsdelsförvaltning

Stadsdelsförvaltning	Antal boenden i kommunal regi och på entreprenad	Täthet vardag kl. 9
Bromma	3	0,27
E-Å-V	3	0,33
Farsta	3	0,30
Hägersten-Älvsjö	5	0,29
Hässelby-Vällingby	1	0,28
Kungsholmen	4	0,34

Norrmalm	3	0,33
Rinkeby-Kista	1	0,31
Skarpnäck	1	0,39
Skärholmen	1	0,39
Spånga-Tensta	0	-
Södermalm	9	0,30
Östermalm	4	0,28
Summa och genomsnitt	37	0,31

*antal omvårdnadspersonal summeras och delas med aktuellt antal boenden, svaret anger antalet omvårdnadspersonal per boende, det vill säga en täthet på 0,29 innebär 29 omvårdnadspersonal per 100 boende.

Personaltätheten på vardagar klockan 09.00 varierade mellan stadsdelsförvaltningarna. I genomsnitt varierade personaltätheten för boenden i kommunal regi och på entreprenad mellan 27 till 39 omvårdnadspersonal per 100 boende (tabell 4). Omräknat för en enhet med nio boende skulle det innebära en täthet mellan 2,4 till 3,5 omvårdnadspersonal.

I tabellen nedan redovisas tätheten bland omvårdnadspersonal olika dagar och tider på dygnet. Det skiljde sig i tätheten mellan olika regiformer under nattetid. Boenden som drevs på entreprenad hade högst personaltäthet nattetid med drygt nio omvårdnadspersonal per 100 boende.

Tabell 5. Täthet omvårdnadspersonal, vardag kväll, natt, helg dag, kväll och natt. Samtliga regiformer, den 4 och 9 april 2022.

Urval	Täthet vardag kväll	Täthet vardag natt	Täthet helg dag	Täthet helg kväll	Täthet helg natt
Kommunal	0,24	0,076	0,27	0,23	0,077
Entreprenad	0,24	0,092	0,28	0,24	0,091
Privat	0,24	0,079	0,26	0,24	0,079
Samtliga vob	0,24	0,080	0,27	0,24	0,080
Min - max	0,15 - 0,33	0,044 - 0,15	0,19 - 0,37	0,15 - 0,34	0,044 - 0,17

*antal omvårdnadspersonal summeras och delas med aktuellt antal boenden, svaret anger antalet omvårdnadspersonal per boende, det vill säga täthet på 0,29 innebär 29 omvårdnadspersonal per 100 boende.

En vardag kväll klockan 19.00 var det i snitt 24 omvårdnadspersonal per 100 boende för samtliga boenden. Tätheten varierade mellan boendena från 15 till 33 omvårdnadspersonal per 100 boende. Det var ingen skillnad i tätheten beroende på regiform.

Vardag natt var det i genomsnitt för samtliga boenden åtta omvårdnadspersonal per 100 boende. Personaltätheten varierade mellan 4 – 19 omvårdnadspersonal per 100 boende. Tätheten skiljde sig inte beroende på om boendet hade sjuksköterska via patrull eller sjuksköterska på plats.

Det boende som hade lägst personaltäthet (0,044) på natten hade lokaler som var väl anpassade för verksamheten. Boendet hade avdelningar på ett och samma våningsplan som var överblickbara och som gjorde det möjligt att hjälpa varandra utan att lämna de boende utan uppsikt. De hade också hjälp av nattpersonalen på det angränsade servicehuset samt att de hade sjuksköterska på plats dygnet runt som var delaktig i omvårdnadsarbetet. Det boende som hade högst personaltäthet (0,15) på natten drevs på entreprenad och hade enligt avtal en fastställd täthet som de inte kan frångå.

Kartläggning rehabiliteringspersonal

I tabellen nedan redovisas tätheten av fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut på vård- och omsorgsboende. Redovisningen bygger på antal helårsanställda i förhållande till antal boende, uppgifterna är hämtade från verksamhetsuppföljningen 2021. Uppgifterna speglar den planerade bemanningen enligt schema och inte den faktiska bemanningen vid ett visst datum.

Tabell 6. Antal helårsanställda arbetsterapeuter och sjukgymnaster i förhållande till antal boende. Källa verksamhetsuppföljning 2021.

Regiform	Täthet arbetsterapeut	Min-max arbetsterapeut	Täthet fysioterapeut	Min-max fysioterapeut
Kommunal regi	0,015	0,007-0,035	0,015	0,006-0,023
Entreprenad	0,016	0,009-0,026	0,014	0,008-0,026
Privat	0,011	0,003-0,024	0,01	0,003-0,017
Samtliga	0,015	0,003-0,035	0,014	0,003-0,026

*antal arbetsterapeut resp. fysioterapeut summeras och delas med aktuellt antal boenden, svaret anger antalet arbetsterapeut resp. fysioterapeut per boende, det vill säga täthet på 0,01 innebär 1 arbetsterapeut resp. fysioterapeut per 100 boende.

I snitt var det 1,5 arbetsterapeut per 100 boende och 1,4 fysioterapeut/sjukgymnast per 100 boende på vård- och omsorgsboende inom Stockholms stad. Det var stora skillnader i bemanningen av rehabiliteringspersonal mellan boendena i Stockholms stad, från 0,3 till cirka 3 rehabiliteringspersonal per 100 boende. Privata utförare hade en något lägre bemanning av både arbetsterapeut och fysioterapeut jämfört med övriga regiformer.

Vårdtyngdsmätning för att planera bemanningen

En del i uppdraget har varit att beskriva hur chefer ser på olika former av instrument för vårdtyngdsmätning i syfte att kunna bemanna utifrån aktuella behov. Ursprungligen användes vårdtyngdsmätningar inom akutsjukvården, bland annat i syfte att säkerställa adekvat bemanning. Vissa verktyg har anpassats för att kunna användas på särskilt boende.

Gemensamt för metoderna är möjligheten att kunna skatta vård- och omsorgsbehoven hos de boende för att kunna bemanna på ett sådant sätt som möjliggör att personalen ska kunna tillmötesgå behoven hos de boende. Väl fungerande vårdtyngdsmätningar kan ge underlag för att planera bemanningen. Vanligast är dock att vårdtyngdsmätningar främst används i syfte att optimera fördelningen av personalresurser inom givna ramar för kommuner och enskilda utförare. Här kan det handla om fördelningen av givna personalresurser mellan olika verksamheter eller inom en verksamhet.⁷

Vid intervjuerna som Äldrecentrum genomförde, avseende verktyg och metoder för vårdtyngdsmätningar framkom liknande uppfattningar om och erfarenheter av vårdtyngdsmätningar. Gemensamt var att verktygen som använts inte upplevs vara tillräckligt träffsäkra, detta då de inte fångar in alla aspekter som är viktiga för att bedöma vårdbehov och kunna anpassa bemanningen utifrån det, samt att verktygen upplevs vara tidskrävande att använda. Den gemensamma bilden var att en tät dialog mellan chefer, bemanningssamordnare, sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal är ett mer ändamålsenligt tillvägagångssätt för att kontinuerligt stämma av de boendes vård- och omsorgsbehov och på så sätt kunna anpassa bemanningen.

Del 2. Bemanning på vård- och omsorgsboende

Nedanstående redovisning baseras på intervjuer med olika yrkeskategorier på vård- och omsorgsboende och med medicinskt ansvariga för rehabilitering samt på fokusgruppsintervjuer som genomfördes av Äldrecentrum. Även erfarenheter från inspektörer och kvalitetsobservatörer på äldreförvaltningen har inhämtats. Syftet var att få en så bred bild som möjligt över vad som påverkar bemanningen och vilka konsekvenserna blir av en för låg bemanning.

Bemanning av sjuksköterska

Sjuksköterska via patrull

I stadens avtal med privata utförare samt i uppdragsbeskrivning för kommunal regi framgår bland annat följande gällande krav för bemanning av sjuksköterska:

”Det ska finnas tillgång till sjuksköterska dygnet runt alla dagar i veckan. Om sjuksköterska inte finns på plats i vård-

och omsorgsboendet får inställetiden inte överstiga 30 minuter. I de fall utföraren under exempelvis kvällar och nätter tillgodoser behovet av tillgång till sjuksköterska genom mobila team, ska utföraren särskilt säkerställa att detta inte på något sätt inskränker i hälso- och sjukvårdslagens krav på god och säker vård. Detta kan innebära att aktuell organisering och tillgång av sjuksköterska under jourtid kontinuerligt kan behöva ses över och anpassas utifrån de enskildas aktuella behov.”

Det är respektive stadsdelsförvaltning som upphandlar tjänsten med sjuksköterskepatrull för verksamheter i kommunal regi, vilket innebär att sjuksköterskeinsatserna tillhandahålls av det företag som stadsdelsförvaltningen slutit avtal med. Verksamheterna har skyldighet att följa upp att kravet på inställetid efterlevs. I vilken omfattning och på vilket sätt detta sker saknas kunskap om på en stadsövergripande nivå. Uppfattningen om sjuksköterskepatrullen håller inställetiden på 30 minuter fanns det delade meningar om.

Erfarenheter från sjuksköterska via patrull

Utredningen visar att flertalet verksamheter tillgodosåg behovet av sjuksköterska genom patrull och att flera hade goda erfarenheter av det. Patrullen hade inplanerade besök varje arbetspass vilket gav omvårdnadspersonalen möjlighet att ta upp frågor med sjuksköterskan när hen var på plats. Omvårdnadspersonalen kontaktade sjuksköterskan vid behov för konsultation och vid behov gjorde sjuksköterskan en akut uttryckning. I de fall verksamheten hade patrull upplevde de intervjuade att omvårdnadspersonalen hade kompetens att avgöra när de ska kontakta patrullen för konsultation.

De intervjuade hade inga önskemål om att ersätta patrullen med sjuksköterska på plats dygnet runt. De motiverade detta med att samarbetet med patrullen fungerade bra. De såg heller inte någon risk i patientsäkerheten. Sjuksköterskepatrullen hade tillgång till de boendes hälso- och sjukvårdsjournaler och möjlighet att dokumentera händelser. Enligt de intervjuade var det endast ett fåtal akuta uttryckningar under helger vilket bidrog till att det var svårt att motivera att ha sjuksköterska på plats dygnet runt alla dagar i veckan. Flera av de intervjuade ansåg att det inte fanns tillräckligt med arbetsuppgifter för en sjuksköterska kvällar och nätter under hela arbetspasset. Utifrån ett ekonomiskt perspektiv ansåg flera av de intervjuade att det inte var motiverat att ha sjuksköterska på plats dygnet runt veckans alla dagar.

Att ha patrull begränsar enligt de intervjuade inte möjligheten att vid behov ta emot personer från sjukhus kvällar, nätter och helger,

uppkommer behovet kontaktas patrullen som möter upp. Även behov av palliativ vård kan tillgodoses enligt de intervjuade. Om behov skulle uppstå planeras tätare besök från patrullen för att kunna ge en god palliativ vård. Det har dock framkommit vid uppföljning att enstaka boenden har nekat att ta emot på grund av att de inte har sjuksköterska på plats under vissa tider på dygnet.

Att ha patrull bidrog enligt de intervjuade till en god kontinuitet på sjuksköterskesidan under dagtid, något som var bra för verksamheten. En av verksamheterna som gått från att ha sjuksköterska på plats dygnet runt alla dagar i veckan till att ha patrull, beskrev att de i samband med övergången ökade bemanningen av sjuksköterska på dagtid. Det resulterade även i att schemalaggningsen måndag till fredag hade givit dem en bra kontinuitet och ökad möjlighet att planera hälso- och sjukvårdsinsatser. Detta har resulterat i en ökad trygghet för omvårdnadspersonalen. Verksamheterna med patrull betonade dock vikten av en god planering för att patrull på jourtid ska fungera.

Ytterligare en fördel som de intervjuade lyfte fram med patrull var att omvårdnadspersonalen fick möjlighet att använda sin kompetens och att detta bidrog till att omvårdnadspersonalen utvecklades i sin roll. Förutsättningar för att patrull ska fungera tillfredställande var enligt de intervjuade att det finns kompetent och trygg omvårdnadspersonal på plats, god kontinuitet bland sjuksköterskorna i patrullen och att patrullen kan komma tillräckligt snabbt.

Erfarenheter från att ha sjuksköterska på plats dygnet runt
Flera ansåg att det bör finnas sjuksköterska på plats då de boende är väldigt sjuka redan när de flyttar till ett vård- och omsorgsboende. För att kunna upprätthålla patientsäkerheten och för att inte lägga ett för stort ansvar på omvårdnadspersonalen ansåg flera att verksamheten borde ha sjuksköterska dygnet runt. De intervjuade lyfte också att en sjuksköterska på plats även nattetid hade större möjlighet att arbetsleda omvårdnadspersonalen samt att sjuksköterskan är mer tillgänglig om det skulle hända något akut.

Vid intervjuerna beskrevs att det är lättare att göra bedömningar om sjuksköterskan känner den enskilde. De ansåg också att det läggs ett stort ansvar på omvårdnadspersonalen som ska göra bedömningen om sjuksköterskepatrullen ska kontaktas eller ej.

”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)

Det framhölls också att sjuksköterska på plats är att föredra då de känner personalen, deras arbetssätt och kompetens. För att det ska vara möjligt behöver sjuksköterskan vara närvarande på enheten och delta i det dagliga arbetet.

Sjuksköterska på plats skapade enligt de intervjuade både trygghet för omvårdnadspersonalen, boende och anhöriga. En nackdel var dock att omvårdnadspersonalen enligt de intervjuade blir mindre självständiga i sitt arbete genom att sjuksköterskan även gjorde enklare hälso- och sjukvårdsinsatser som en undersköterska kan utföra.

Att det finns sjuksköterska på plats dygnet runt veckans alla dagar var enligt några av de intervjuade ingen garanti för att den enskilde får en bedömning eller insats inom 30 minuter. Tillgängligheten till sjuksköterska är helt beroende på boendets storlek och aktuell behov av hälso- och sjukvård hos de boende. I dagsläget finns ingen reglering kring hur många personer en sjuksköterska bör ansvara för, vare sig det finns sjuksköterska på plats dygnet runt eller om boendet tillgodoser behovet av sjuksköterska via patrull.

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska ansvarar sjuksköterskan för att leda omvårdnadsarbetet. För att kunna göra detta behöver sjuksköterskan vara närvarande i verksamheten för att leda på plats och stötta personal.

Av intervjuerna framkom dock att sjuksköterskor inte alltid axlar den del av rollen som omvårdnadsansvarig som innebär att vara handledare, det vill säga att leda och utveckla omvårdnadspersonalen i det dagliga omvårdnadsarbetet. Vid intervjuerna framkom att det skiljde sig mellan verksamheterna i vilken uträkning sjuksköterskan fanns tillgänglig samt handledde personalen på avdelningarna i omvårdnadsarbetet. I vissa fall beskrevs att sjuksköterskan till viss del fungerar som en konsult i sin egen verksamhet och inte var närvarande i det dagliga arbetet på avdelningen i den utsträckning som behövs. Detta bekräftades vid fokusgruppsintervjuerna där det framkom önskemål om att sjuksköterskan i högre utsträckning ska arbetsleda, handleda och kompetensutveckla omvårdnadspersonalen än vad som är brukligt idag. De intervjuade verksamhetscheferna såg ett behov av att omvårdnadspersonalen i högre utsträckning fick ansvara för lättare hälso- och sjukvårdsinsatser som sjuksköterskan utför idag. Men för att detta ska kunna ske behöver sjuksköterskan arbeta med kompetensutveckling inom verksamheten. Detta skulle

enligt de intervjuade både stärka kompetensen och trygga omvårdnadspersonalen i undersköterskerollen och samtidigt frigöra tid för sjuksköterskan.

Bemanning av omvårdnadspersonal

Enligt avtal och uppdragsbeskrivning för vård- och omsorgsboende ska verksamheten vara bemannad dygnet runt årets alla dagar med sådan kompetens och med sådan personalstyrka att de enskilda alltid tillförsäkras nödvändig tillsyn och säkerhet. Omvårdnaden ska så långt som möjligt anpassas efter den enskildes dygnsrytm. Det får inte förekomma att enskildas sänggående och uppstigning styrs av schemaläggning och/eller personalrutiner utan ska anpassas efter den enskildes förutsättningar, behov och önskemål. De boende ska även erbjudas minst två olika dagliga aktiviteter plus ytterligare en större aktivitet som ordnas minst en gång i veckan samt daglig utevistelse.

Samtliga intervjuade beskrev att en ökad bemanning på olika sätt skulle få positiva konsekvenser för verksamheten. Vid intervjuerna framkom att det behövs en bra arbetsplanering och i vissa fall en högre grundbemanning för att kunna erbjuda dagliga aktiviteter och stimulans. Det framkom även att arbetsterapeutens och fysioterapeutens/sjukgymnast fick anpassa rehabiliterande insatser utifrån befintlig bemanning och personalens kompetens. Ökad bemanning skulle också kunna ge guldkant för de boende och ett lugnare tempo samt innebära att de i större utsträckning skulle hinna med utevistelser. Flera framhöll att det behövs fler än två undersköterskor på kvällen, en av de intervjuade sa:

”vid dubbelbemanning krävs tre undersköterskor på avdelningen, annars lämnas de boende helt utan tillsyn i de gemensamma utrymmena vilket kan utgöra en risk. Löparen kan bara vara på en avdelning i taget, så alla kan inte lägga sig samtidigt.” (Verksamhetschef)

Den allmänna uppfattningen var att det finns stora fördelar med att ha personal som finns tillgänglig för de boende i de gemensamma utrymmena. Det skapar ett lugn på avdelningen och omvårdnadspersonalen behöver inte känna sig stressade när de är inne i någon av de boendes lägenheter. Ytterligare en uppfattning var att många boende hellre är i sina lägenheter när det inte finns någon personal närvarande i de gemensamma utrymmena. En bemanning på tre omvårdnadspersonal skulle minska risken för att avdelningen lämnas tom på personal samt att de boende behöver anpassa sig till när personalen kan hjälpa till.

De intervjuade lyfte även vikten av att ha en hög kompetens bland omvårdnadspersonalen, att det gör stor skillnad för kvaliteten i verksamheten. Generellt hade omvårdnadspersonalen få hälso- och sjukvårdsuppgifter som var delegerade av sjuksköterskan enligt de intervjuade. Vanligast förekommande insatserna som utfördes efter delegering var läkemedelsadministrering och enklare såromläggningar. Orsaken till detta var enligt de intervjuade incidenter långt tillbaka i tiden som gjorde att delegering för en rad insatser tagits bort. Detta var något som de intervjuade ansåg att man framöver bör se över. De betonade vikten av att undersköterskan måste ges möjlighet att göra det som ingår i deras utbildning och att det skulle öka statusen och attraktiviteten för yrket.

Några beskrev att servicepersonal och aktivitetsansvarig i verksamheten kan öka förutsättningarna för omvårdnadspersonalen att arbeta utifrån ett personcentrerat och funktionsbevarande förhållningssätt. Genom att lyfta bort exempelvis tvätt, städning, gruppaktiviteter och måltidsförberedelser ökar möjligheter för omvårdnadspersonalen att fokusera på 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 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, om det finns en bra planering och goda förutsättningar.

Erfarenheter från kvalitetsobservationer visar att det ofta finns en diskrepans mellan planerad bemanning och faktisk bemanning eftersom korttidsfrånvaro inte alltid ersätts med vikarie. Detta får konsekvenser för kvaliteten i omsorgen då resurserna inte räcker för att kunna erbjuda en meningsfull vardag utifrån den enskildes behov och önskemål. Det som oftast får stå tillbaka är aktiviteter, stimulans och utevistelser.

Möjligheter till teammöten, reflektion, handledning, kompetensutveckling och dokumentation påverkas också negativt av en för låg bemanning, då det prioriteras ned vid en ansträngd arbetssituation.

Personalen ska enligt avtal och uppdragsbeskrivning arbeta hälsofrämjande utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt genom att se det friska och stötta till att den enskilde använder sina förmågor.

Enligt intervjuerna uppfylls inte alltid detta krav på grund av en ansträngd arbetssituation.

”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)

Bemanningen utgår ofta från de basala fysiska behoven och inte alltid utifrån en omsorg som kan skapa en meningsfull vardag för de enskilda. Vid intervjuerna framkom att man prioriterar de basala behoven såsom omvårdnad och måltider medan andra sociala behov får stå tillbaka. Vi intervjuerna framkom att det kan vara svårt att uppfylla de kvalitetskrav som ställs i gällande lagar och avtal och uppdragsbeskrivning om boendet har en för låg bemanning. Det gäller främst möjligheter att arbeta funktionsbevarande och med det sociala innehållet i vardagen.

Att det inte är någon skillnad i behoven hos de äldre som bor på vård- och omsorgsboende mellan vardagar och helger råder det enighet om. Det innebär att bemanningen av omvårdnadspersonal inte borde skilja sig åt beroende av vilken veckodag det är.

”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)

För att kunna erbjuda de boende en meningsfull vardag utifrån deras behov ansåg flera att det bör vara en högre bemanning. Bedömningen var att det behövdes minst fyra omvårdnadspersonal på en enhet om nio boende för att kunna tillämpa ett rehabiliterande arbetssätt. Motiveringen till att de ansåg att de behöver vara minst fyra var att de utöver den ordinarie omvårdnaden även ska sköta måltidsförberedelser, städning, beställningar samt ansvara för, planera och utföra aktiviteter och social stimulans.

Resultatet från intervjuerna visar att en ökad bemanning i vissa fall skulle ge bättre förutsättningar att möta upp kraven om en värdig äldreomsorg med en meningsfull vardag utifrån den enskildes behov samt även skapa en bättre arbetsmiljö för personalen.

Bemanning med arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast

Utöver lagstadgade hälso- och sjukvårdsuppgifter ska vården enligt avtal och uppdragsbeskrivning för vård- och omsorgsboende innehålla träning som syftar till att upprätthålla befintliga psykiska

och fysiska funktioner samt rehabilitering med målet att den enskilde ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt med hänsyn till vars och ens förmåga. Hälsofrämjande omsorg ska bedrivas av omsorgspersonal i form av meningsfull verksamhet för de enskilda, med handledning och stöd från arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Hälsofrämjande omsorg ska vara en del i det dagliga arbetet och erbjudas i en sådan omfattning och utformning att det stimulerar till ökad aktivitet.

Vid intervjuerna framkom att synen på vad arbetsterapeuter och fysioterapeuter bör och kan åstadkomma i verksamheten skiljde sig åt. Allt från punktinsatser likt en konsult till att de deltog i de vardagliga aktiviteterna och handledde omsorgspersonalen.

Det faktum att roll och arbetsuppgifter skiljer sig åt mellan rehabiliteringspersonalen påverkar likställigheten i utförandet och vad de äldre på vård- och omsorgboende kan förväntas få avseende rehabiliterande insatser.

Vid intervjuerna beskrevs i flera fall en ansträngd arbetssituation för arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Det fanns önskemål om att kunna vara mer närvarande i det dagliga arbetet på avdelningarna men att tiden inte alltid finns. Flertalet ansåg att arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast behöver vara mer tillgängliga i verksamheten än vad de är idag.

”Om vi var fler arbetsterapeuter skulle vi kunna var mer involverade i det dagliga arbetet och ha mer tid ute på avdelningarna. Nu gör vi mest punktinsatser, som en konsult. Är vid behov med i omvårdnadssituationer om personalen vill ha stöd i hur deras arbete kan förbättras. Det händer titt som tätt beroende på olika utmaningar som personalen ställs inför”.
(Arbetsterapeut)

I de fall rehabiliteringspersonalen arbetar ”konsultbaserat” är det svårare att säkerställa en god implementering av de rehabiliterande insatserna samt uppföljning av insatserna på grund av begränsad insyn i det dagliga arbetet. Det framgår tydligt av intervjuerna att det finns ett behov av att tydliggöra arbetsterapeutens och fysioterapeutens/sjukgymnastens roller och ansvar på vård- och omsorgsboende, utifrån kraven i avtal och uppdragsbeskrivning, för att öka likställigheten i insatserna.

Hur verksamheten ser på arbetsterapeutens och fysioterapeutens uppdrag och hur många boende de två professionerna anses kunna ansvara för, utan att riskera patientsäkerheten, varierade också. Intervjuerna visar att det finns ett tak för antal boende en

arbetsterapeut respektive fysioterapeut/sjukgymnast kan ansvara för, för att tillmötesgå stadens kvalitetskrav. Ett rimligt antal boende var enligt de intervjuade cirka 60 personer med ett maxtak på 80. Det vill säga en täthet på 0,016 respektive 0,013.

Enligt de intervjuade behövs en högre bemanning av både arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast i de fall verksamheten har korttidsplatser. På en korttidsavdelning är det stort in- och utflöde av boende och en stor del av tiden går till dokumentation, kontakt med primärvården, hjälpmedelsutprovning och förskrivning av hjälpmedel, ADL-bedömningar (aktiviteter i det dagliga livet), rehabiliterande insatser samt handledning av personalen. Detta tar upp mycket av rehabiliteringspersonalens tid. I verksamheter som har korttidsplatser finns därmed en risk att rehabiliteringspersonalen inte hinner med arbetet på de övriga avdelningarna i den utsträckning de behöver.

Möjligheten att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt

Samarbetet mellan professionerna är avgörande för att kunna tillämpa ett rehabiliterande arbetssätt i vården och omsorgen på boendet. Enligt de intervjuade är fysioterapeuten och arbetsterapeuten beroende av omvårdnadspersonalen för att arbeta med vardagsrehabilitering. Omvårdnadspersonalen har i sin tur behov av att rehabiliteringspersonalen är närvarande och kan instruera och komma med konkreta tips i omvårdnadssituationer och följa upp att personalen använder hjälpmedel korrekt och utför säkra lyft, gångträningar med mera. Arbetet med att handleda omvårdnadspersonalen är en viktig del i arbetet enligt de intervjuade och som tar mycket tid.

Vid intervjuerna framkom att det skiljer sig i vilken utsträckning arbetsterapeuten och fysioterapeuten/sjukgymnasten har möjlighet att bidra till utformning av ett rehabiliterande och funktionsbevarande arbetssätt. Antalet personer som de ansvarar för är avgörande för i vilken utsträckning de hinner vara en del i det teambaserade arbetet på enheten. I vissa fall uttryckte de intervjuade att de endast hann med de lagstadgade hälso- och sjukvårdsuppgifterna, medan vardagsrehabiliteringen lämnades till omvårdnadspersonalen att utföra. I vissa fall hann fysioterapeuten och arbetsterapeuten inte heller följa upp insatserna kontinuerligt. De intervjuade önskade att de i större utsträckning hann vara ute i det dagliga arbetet på avdelningen och stötta, handleda personalen och vara en del i teamet. Vid en för låg bemanning blir det en utmaning att kontinuerligt följa upp enskilda individers fluktuerande allmäntillstånd och sätta in åtgärder för att få till en så bra vardag som möjligt för de äldre. Har de ansvar för allt för

många blir de tvungna att arbeta med punktinsatser och prioritera där behoven är som störst.

Flera av de intervjuade upplevde att bemanningen inte återspeglar behoven hos de boende. Det var sällan verksamheten tog in ersättare vid frånvaro eller ökade bemanningen med arbetsterapeut och fysioterapeut utifrån de aktuella behoven. Samtliga beskrev att de fick täcka upp för varandra vid semestrar eller annan frånvaro, trots att arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast är olika professioner med olika uppdrag. De intervjuade beskrev att det går att täcka upp för varandra under en kortare tid men att det fick konsekvenser i form av att insatser inte ordinerades eller att uppföljning inte genomfördes i den omfattning som var önskvärt. Men framförallt påverkade den höga arbetsbelastningen arbetsmiljön negativt för arbetsterapeuten och fysioterapeuten.

Några av vinsterna med att ha närvarande rehabiliteringspersonal var att de kan vara ett genuint stöd för personalen, skapa kontinuitet och trygghet, hinna följa upp och stötta, handleda personalen i det vardagliga arbetet samt ge kontinuerlig kompetensutveckling. Vinster skulle också kunna vara att de snabbare kan sätta in åtgärder för de boende till exempel vid oro, arbeta med smärtlindring, erbjuda gruppträning och individuell träning i större utsträckning samt följa upp ADL-bedömningar. De intervjuade betonade vikten av att arbetsterapeuten och fysioterapeut/sjukgymnast är delaktiga i det temabaserade arbetet på vård- och omsorgsboende.

Multiprofessionellt teamarbete

I enlighet med avtal och uppdragsbeskrivning för vård- och omsorgsboende ska verksamheten vara organiserad så att samarbete och kommunikation sker mellan yrkesgrupper och med andra aktörer. All personal ska se den enskildes situation ur ett helhetsperspektiv och arbeta utifrån ett funktionsbevarande förhållningssätt.

De intervjuade uppgav att de tillämpade ett teambaserat arbetssätt. I praktiken innebar det att sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut samt omvårdnadspersonal träffades regelbundet för att bedöma eventuella förändringar avseende de boendes aktuella behov. Fysioterapeut och arbetsterapeut uppgav dock att de ibland hade svårt att hinna delta vid teammötena, då de ansvarade för ett stort antal avdelningar och i vissa fall även flera vård- och omsorgsboenden.

Utöver teammötena ska teamarbetet även avspeglas i det dagliga arbetet. För att få till ett fungerande multiprofessionellt teamarbete

behöver samtliga yrkeskategorier finnas närvarande i det dagliga arbetet, här fanns det enligt de intervjuade ett behov av utveckling.

Erfarenheter från kvalitetsobservationer på vård- och omsorgsboenden visar att det finns behov av utveckling av det teambaserade arbetssättet. Personalen arbetar till stor del i ”stuprör”. Sjuksköterska och rehabiliteringspersonal är sällan närvarande och delaktiga i den dagliga omvårdnaden på boendet. Hälso- och sjukvårdspersonal uppfattas ibland som ”konsulter” i sin egen verksamhet istället för att vara en del i det teambaserade arbetet kring de boende. Detta ställer höga krav på omvårdnadspersonalen som ska upptäcka, bedöma och överrapportera förändringar i den enskildes behov till legitimerad personal.

När rehabiliteringspersonalen inte är synlig i verksamheten finns risken att viktig information från omvårdnadspersonalen om funktionsförändringar inte når fram till rehabiliteringspersonalen. Det är viktigt att förändrade behov rapporteras omgående eftersom det då är möjligt att sätta in rätt insatser i tid för att behålla funktioner hos den boende.

Flexibilitet i bemanningen och bedöma vårdbehov

Förhållandena på olika vård- och omsorgsboenden skiljer sig åt avseende bland annat, vårdtyngd, vad som ingår i personalens arbetsuppgifter, kompetens samt lokalernas utformning. Detta är några faktorer som påverkar bemanningen och som bidrar till svårigheter att slå fast hur många sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal det bör vara på ett specifikt vård- och omsorgsboende.

Enligt de intervjuade var sjukfrånvaron bland personalen en vanligt förekommande faktor som påverkar bemanningen, korttidsfrånvaro kan vara svårt att ersätta med kort varsel enligt de svarande. Vid intervjuerna framkom att bemanningen behöver vara flexibel och att det finns utrymme att omfördela personal för att kunna täcka upp vid korttidsfrånvaro för att inte behöva bortprioritera eller skjuta fram vissa arbetsuppgifter. Det fanns exempel på verksamheter där bemanningen är flexibel, det vill säga att man omdisponerar personal mellan avdelningar utifrån vårdtyngd. Det fanns också enstaka verksamheter som beskrev att de hade en ”överbemanning” för att kunna tillmötesgå ökade omvårdnadsbehov och frånvaro bland personalen. Vårdtyngd, vård i livets slut, behov av kohortvård samt oro bland de boende lyftes som viktiga faktorer som i hög grad påverkade den dagsaktuella bemanningen.

Enligt de intervjuade fanns en grundtanke om hur grundbemanningen bör se ut olika tider på dygnet men att bemanningen sedan måste anpassas utifrån de aktuella behoven hos de boende. Detta skedde vanligen genom en tät dialog mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och de som planerar schemat. Det fanns ibland även möjlighet att omdisponera (låna) personal från en enhet till en annan vilket har blivit mer accepterat och vanligare efter pandemin enligt de intervjuade. Flera av de intervjuade beskrev att de fångade in förändrade vårdbehov genom att personalen signalerar när det sker förändringar i behov, till exempel palliativ vård eller fler dubbelbemanningar. Det beskrevs också att de kan flytta schematider för att tillmötesgå boendes önskemål utifrån till exempel när de boende vill stiga upp på morgonen. Några av de intervjuade beskrev att de hade avstämning avseende arbetsbelastningen minst en gång per vecka och vid behov omdisponerades personal mellan avdelningarna.

”Vi gör daglig avstämning, utgår från beläggning samt omvårdnadsbehov för att planera bemanningen. I de fall ett ökat omvårdnadsbehov finns omfördelas resurserna eller så sätter vi in extra resurser i syfte att skapa en god och säker vård.”
(Verksamhetschef)

Vid intervjuerna framkom att det kan finnas ett behov av att se över teamets möjlighet att tillsammans diskutera och planera hur de på bästa sätt kan tillmötesgå den enskildes både fysiska, psykiska och existentiella behov. Personcentrerad, ett rehabiliterande förhållningssätt, samt att främja delaktighet och att ge de äldre en meningsfull tillvaro prioriteras i praktiken ned eller i värsta fall bort som en konsekvens av för låg bemanning. För att kunna planera, omfördela och anpassa bemanningen behöver ledningen för respektive verksamhet ha god insyn i verksamheten. För detta krävs en tät dialog kring bemanningen och en tillräckligt hög grundbemanning som möjliggör en flexibel omfördelning av resurser inom respektive vård- och omsorgsboende. Utifrån resultaten från utredningen lyftes också vikten av att alla personalkategorier känner till sitt uppdrag, har rätt kompetens, tillräckligt med tid samt tillgång till chefer med god insyn i arbetet och som har förutsättningar att leda och utveckla såväl medarbetarna som verksamheten i sin helhet.

Boendets förutsättningar påverkar bemanningen

I Micasas ramprogram för vård- och omsorgsboenden 2022⁸ föreslås att ett vård- och omsorgsboende ska innehålla 80–100 lägenheter, för att det ska vara yteffektivt och anpassat för den vård

och omsorg som bedrivs. För en optimal personallogistik bör det vara två boendeenheter per plan med tio lägenheter, det vill säga 20 lägenheter per våningsplan. Ramprogrammet anger också att varje avdelning på våningsplanet med fördel ska kunna avgränsas vid behov, men också kunna öppnas upp exempelvis nattetid så att nattpersonalen kan ha uppsikt över hela avdelningen.

Inom Stockholms stad finns ett flertal mindre verksamheter som har under 30 platser. Inom mindre verksamheter finns det oftast inte tillräckligt med hälso- och sjukvårdsuppgifter för en heltidsanställd sjuksköterska på plats dygnet runt. I mindre verksamheter kan det därför vara omotiverat ur ett ekonomiskt perspektiv att ha en sjuksköterska dygnet runt när det egentligen inte är behövligt. Att eventuellt kräva att det ska finnas sjuksköterska på plats dygnet runt i samtliga verksamheter skulle kunna få negativa konsekvenser för mångfalden av storlekar på vård- och omsorgsboenden.

I de fall verksamheten anlitar patrull är det angeläget att se över de krav som ställs när stadsdelsförvaltningen upphandlar tjänsten. För att de boende ska få hälso- och sjukvårdsinsatser inom rimlig tid och av hög kvalitet behöver det ställas krav på bland annat geografiskt upptagningsområde, kompetens bland sjuksköterskor i patrull, kontinuitet samt hur inställelsetiden ska säkerställas. En viktig förutsättning för patientsäkerheten i de fall verksamheten har sjuksköterskepatrull är att omvårdnadspersonalen har adekvat kompetens och är trygg i sin roll samt att det är en stabil arbetsgrupp.

Vård- och omsorgsboenden som har korttidsvård, har en stort in- och utflöde av boende. Där är behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser ofta högre och kräver en högre bemanning av samtliga yrkeskategorier.

Verksamheter på entreprenad har till skillnad från övriga regiformer ett täthetschema att förhålla sig till enligt avtal. De har endast möjlighet att frångå täthetschemat med minskning av personal i de fall boendet inte har full beläggning, dock efter överenskommelse med den stadsdelsnämnd som förvaltar avtalet.

Sammanfattande slutsatser

Tillräcklig bemanning på vård- och omsorgsboende är en förutsättning för en trygg och säker vård och omsorg för äldre med god kvalitet. Det handlar om att vara tillräckligt många i verksamheten för att tillgodose de enskildas behov, men också om att all personal har rätt kompetens och att det är tydligt vad som ingår i arbetsuppgifterna samt att det finns rätt förutsättningar och

tid att utföra dessa. Grundläggande förutsättningar för kvalitet i äldreomsorgen är också ett fungerande teamarbete, en hög personalkontinuitet och att vården och omsorgen är personcentrerad och individanpassad.

Arbetet på ett vård- och omsorgsboende är komplext och många olika faktorer spelar in. Verksamheterna har olika förutsättningar avseende storlek, lokalernas utformning, möjligheten till flexibilitet och samordningsvinster inom verksamheten, tillgång till ”servicepersonal” som inte utför ordinarie omvårdnadsarbete, aktuella behov hos de boende samt medarbetarnas kompetens.

Utredningen visar att det i vissa fall kan finnas ett gap mellan förutsättningar och möjligheter när bemanningen är för låg i förhållande till möjligheterna att leva upp till samtliga ställda kvalitetskrav på vård- och omsorgsboende. Konsekvenserna vid en för låg bemanning av omvårdnadspersonal kan nog anses vara tydliga, vid en för låg bemanning finns bland annat risk för att det som skapar en meningsfull tillvaro prioriteras ner eller i värsta fall bort. Med en för låg bemanning minskar också möjligheten att arbeta utifrån ett hälsofrämjande, rehabiliterande och funktionsbevarande förhållningssätt. Att den personcentrerade omsorgen utifrån den enskilda individens behov får stå tillbaka. Konsekvensen blir en uppgiftsorienterad omsorg och en otillfredsställande arbetsmiljö. En för låg bemanning kan också innebära orimliga arbetsförhållanden för personalen, vilket i sin tur kan minska attraktionen för yrket.

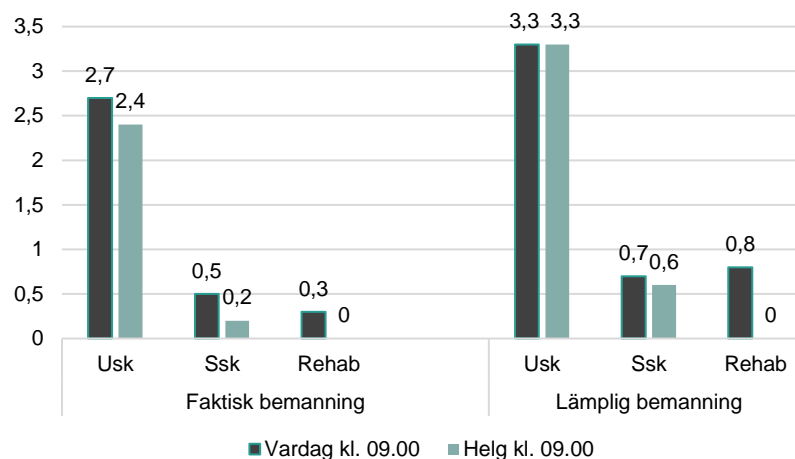
Ökad bemanning var något som togs upp redan 2010 i en studie från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Slutsatsen var då att det med en bemanning om tre omvårdnadspersonal dagtid på ett gruppboende för personer med demenssjukdom med nio boende fanns förutsättningar för att ge en god vård och omsorg, medan tiden inte räckte till på de enheter som hade två omvårdnadspersonal eller 2,5 där avdelningarna delade på en så kallad ”löpare”.⁹

Vid fokusgruppsintervjuerna framkom att det i vissa fall behövs en högre bemanning för att kunna leva upp till gällande kvalitetskrav i jämförelse med den bemanningen som framkom från kartläggningen av den faktiska bemanningen (figur 3). Det var dock en enighet bland de intervjuade om att det inte enbart är antal personal i verksamheten som skapar kvalitet i omsorgen. Även kompetens, arbetssätt och planering har stor betydelse för

⁹ S. E. Wånell, B. Trygg (2010), Lämplig bemanning – i boende särskilt avsett för personer med demenssjukdom. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2010:10

kvaliteten. Vid intervjuerna framkom dock att det finns en minibemanning som man inte bör gå under för att kunna tillgodose de basala behoven hos de boende.

Figur 3. Faktisk bemanning samt lämplig bemanning av omvårdnadspersonal, sjuksköterska samt rehabiliteringspersonal, på enhet med nio boende.



*Faktisk bemanning, medelvärde, uppgifterna är hämtade från verksamheterna i april 2022.

*Lämplig bemanning, medelvärde, uppgifter hämtade från fokusgruppsintervjuer avseende lämplig bemanning 2022.

Förslagen på en lämplig bemanning som framkom vid fokusgruppsintervjuerna skiljde sig till viss del från den faktiska bemanningen. Vid intervjuerna kom de fram till att det behövdes en högre bemanning för att kunna leva upp till samtliga krav. Det framfördes bland annat att det krävs minst tre omvårdnadspersonal för att de boende inte ska lämnas utan tillsyn i de gemensamma utrymmena. För att kunna tillämpa ett rehabiliterande arbetssätt och erbjuda en meningsfull tillvaro för de boende fullt ut, ansåg de intervjuade att det behövs minst fyra omvårdnadspersonal under dagtid. De intervjuade motiverade en högre bemanning av legitimerad personal då de ansåg att de behöver vara mer närvarande i verksamheten för ett fungerande teambaserat arbete samt för att stötta och handleda i omvårdnaden.

Vad som är en lämplig bemanning är svårt att avgöra och utredningen visar på ett stort spann i vad verksamma inom vård- och omsorgsboende anser är en lämplig bemanning. För att kunna tillmötesgå kraven i avtal och uppdragsbeskrivning bör respektive verksamhet bemannas utifrån egna förutsättningar och aktuella behov. I likhet med utredningen om en ny äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommunerna, ”Nästa steg, Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer”, visar utredningen således att bemanningen måste utgå från verksamhetens förutsättningar och de boendes aktuella behov. För

att kunna bedöma aktuella behov samt planera och anpassa bemanningen behövs en välfungerande kedja och dialog mellan professionerna bestående av omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, patientansvarig läkare samt ledning. Alla professioner har olika kompetenser och kan se den enskilde utifrån ”sitt” perspektiv. Alla yrkeskategorier bidrar med viktiga komponenter för att vården och omsorgen som helhet ska fungera för de enskilda som bor, eller vistas tillfälligt, på vård och omsorgsboende. Det är därför viktigt att teamarbetet i det vardagliga arbetet fungerar som det är tänkt. För att samarbetet ska fungera optimalt mellan yrkeskategorierna är det viktigt att alla känner till varandras uppdrag och arbetsuppgifter samt att det finns en välfungerande informationsöverföring.

Utvecklingsområden

Utvecklingsområden i syfte att höja kvaliteten i vården och omsorgen på vård- och omsorgsboende;

- Verksamheterna måste säkerställa att de uppfyller samtliga kvalitetskrav i uppdragsbeskrivning/förfrågningsunderlag.
- Se över arbetssätt för att identifiera behov av förändringar i bemanningen för att kunna stämma av, bedöma och säkerställa en lämplig bemanning inom samtliga yrkeskategorier på vård- och omsorgsboende.
- Se över grundbemanningen av omvårdnadspersonal för att i högre utsträckning kunna leva upp till nuvarande kvalitetskrav som till exempel, tillsyn i gemensamhetsutrymmena, erbjuda de äldre en meningsfull vardag, en personcentrerad vård och omsorg och ett rehabiliterande förhållningssätt. Bemanningen av omvårdnadspersonal bör inte skilja sig åt beroende på om det är vardag eller helg. Anpassa bemanningen efter verksamhetens behov, personalens kompetens och fungerande teamsamverkan samt utifrån vilka arbetsuppgifter som ingår i omvårdnadspersonalens ansvar.
- Tillräcklig grundbemanningen för att hantera korttidsfrånvaro och möjliggöra omdisponering av resurser inom verksamheten. Bemanningen på vård- och omsorgsboende måste vara flexibel och behoven i verksamheten måste styra bemanningen.

- Tydliggör roll och uppdrag för legitimerad personal, utifrån kvalitetskraven på vård- och omsorgsboende, för att skapa likställighet avseende hälso- och sjukvården på vård- och omsorgsboende.
- Se över sjuksköterskans och rehabiliteringspersonalens möjligheter och arbetssätt med att handleda och stötta omvårdnadspersonalen för att stärka den medicinska kompetensen och det funktionsbevarande synsättet.
- Utveckla teamarbetet på vård- och omsorgsboende. Genom ett fungerande teamarbete där alla professioner finns närvarande i det dagliga arbetet på boendet kan arbetssätt utvecklas, kompetensen öka och det ger möjlighet att identifiera behov av förändringar i bemanningen.
- I de fall verksamheten har sjuksköterska via patrull måste verksamheten kunna säkerställa patientsäkerheten samt att det finns arbetsledning med rätt förutsättningar och kompetens dygnet runt för att utföra uppdraget.
- För att kunna upprätthålla patientsäkerheten på vård- och omsorgsboende med korttidsvård bör verksamheten vara bemannad med sjuksköterska på plats dygnet runt vardag som helg.
- Se över att det finns adekvat bemanning av arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast på vård- och omsorgsboende med korttidsvård för att kunna möta kraven gällande rehabilitering, handledning samt utprovning och förskrivning av medicintekniska produkter och tekniska hjälpmedel.

Behov av att följa upp för att kunna utveckla verksamheten

I dagsläget finns inga riktlinjer avseende lämpligt tal för personaltäthet på vård- och omsorgsboende och därmed ingen norm att förhålla sig till. Däremot har verksamheterna en skyldighet att systematiskt följa upp bemanningen för att säkerställa att de har en tillräcklig bemanning i enlighet med gällande regelverk samt avtal och uppdragsbeskrivningar. För att säkerställa att verksamheterna har en systematisk uppföljning av att bemanningen är tillräcklig enligt kraven kommer detta att särskilt följas upp genom verksamhetsuppföljningar, observationer och inspektioner.

Bilaga 1.

Underlag vid fokusgruppsintervju bemanning av ett 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 arbetsmiljölagsstiftning.

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)

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.