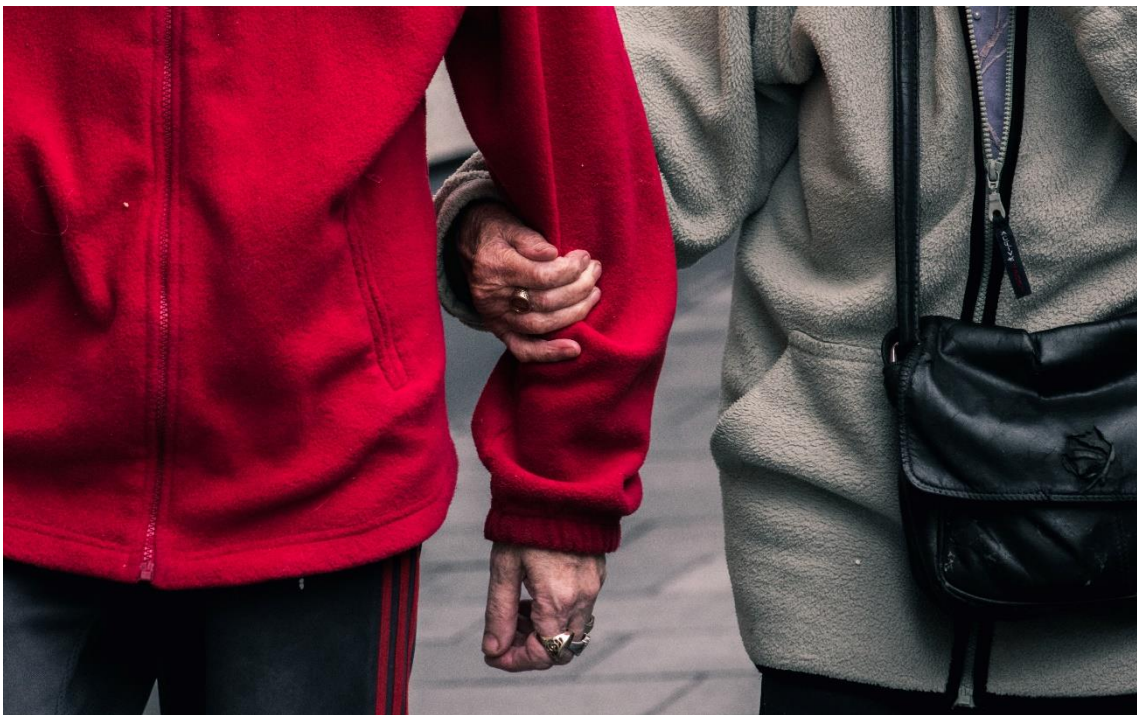


Fördjupad analys av äldreomsorg

Utvärdering av Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin

Utvärderingsperiod mars 2020 till och med februari 2021



2021-06-18

Johanna Stålö, Jeanette Ruzicka Nilsson, Siri Jäderberg & Dag Norén



Innehållsförteckning

Sammanfattning	5
1. Inledning.....	12
1.1. BAKGRUND.....	13
1.2. SYFTE OCH MÅL	14
1.3. AVGRÄNSNINGAR	14
1.4. DISPOSITION	15
2. Metod	16
2.1. FRÅGESTÄLLNINGAR.....	17
2.2. DATAINSAMLING	18
3. Äldreomsorg i Stockholms stad	22
3.1. ÖVERGRIPANDE BESKRIVNING AV SVENSK ÄLDREOMSORG.....	22
3.2. STOCKHOLMS STADS ÄLDREOMSORG.....	22
3.3. SMITTSPRIDNINGEN INOM STADENS ÄLDREOMSORG	26
4. Inriktning, styrning och organisation	29
4.1. INRIKTNING OCH STYRNING.....	29
4.1.1. Inriktning för hantering av pandemin inom äldreomsorgen	29
4.1.2. Kommunikation och styrning	31
4.1.3. Uppföljning och återkoppling	36
4.2. ORGANISATION	37
4.2.1. Roll- och ansvarsfördelning.....	37
4.2.2. Ledarskapets roll	40
4.2.3. Bemanning och kompetens	42
4.2.4. Samverkan	44
5. Vård- och omsorgsboenden	48
5.1. PANDEMINS PÅVERKAN PÅ VERKSAMHETERNA.....	48
5.1.1. Upprätthållande av omsorg	49
5.1.2. Upprätthållande av hälso- och sjukvård.....	50
5.1.3. Hantering av besöksstopp och besöksförbud	57
5.1.4. Korttidsboenden för brukare med covid-19	61
5.2. BEMANNING OCH ARBETSSITUATION UNDER PANDEMIN.....	61
5.2.1. Bemanning och rekrytering	62
5.2.2. Chefer och medarbetares arbetssituation	64
5.3. TILLGÅNG TILL SKYDDSUTRUSTNING.....	67
5.4. BASALA HYGIENRUTINER OCH ANVÄNDNING AV SKYDDSUTRUSTNING	71
5.4.1. Följsamhet till basala hygienrutiner och skyddsutrustning.....	71
5.4.2. Utbildning och stöd	72
5.5. PROVTAGNING OCH SMITTSPÅRNING.....	75
5.6. FÖRÄNDRING I ARBETSSÄTT	78



5.6.1.	Nya arbetssätt i verksamheterna.....	78
5.7.	SAMVERKAN MED REGION STOCKHOLM.....	80
5.8.	NÄRSTÅENDE PERSPEKTIV PÅ HANTERINGEN UNDER PANDEMIN	81
5.9.	SÄRSKILDA VÅRDPLATSER	84
6.	Hemtjänst	86
6.1.	PANDEMINS PÅVERKAN PÅ VERKSAMHETERNA.....	86
6.1.1.	Upprätthållande av ordinarie verksamhet och uppställda krav på omsorg	86
6.1.2.	Inrättande av förstärkningsteam	88
6.2.	BEMANNING OCH ARBETSSITUATION UNDER PANDEMIN.....	89
6.2.1.	Bemanning och rekrytering	89
6.2.2.	Chefer och medarbetares arbetsituation	90
6.3.	TILLGÅNG TILL SKYDDSUTRUSTNING.....	91
6.4.	BASALA HYGIENRUTINER OCH ANVÄNDNING AV SKYDDSUTRUSTNING	93
6.4.1.	Följsamhet av basala hygienrutiner och skyddsutrustning.....	93
6.4.2.	Utbildning och stöd	94
6.5.	PROVTAGNING OCH SMITTPÅRNING AV PERSONAL	96
6.6.	FÖRÄNDRING I ARBETSSÄTT	97
7.	Central materialfunktion.....	99
7.1.	BAKGRUND OCH BESLUT OM ETABLERING.....	99
7.2.	UPPDRAG OCH BEMANNING.....	100
7.3.	ORGANISERING OCH ROLLFÖRDELNING.....	102
7.4.	HANTERING OCH ARBETSPROCESS	103
7.4.1.	Anskaffning av skyddsutrustning	103
7.4.2.	Lagerhållning.....	106
7.4.3.	Ordermottagning	107
7.4.4.	Leverans	107
7.5.	LÄRDOMAR	108
8.	Möjliga faktorer bakom smittspridningen	111
9.	Analys och slutsatser	115
9.1.	ANALYS OCH SLUTSATSER AV STADENS HANTERING UNDER PANDEMIN	115
9.1.1.	Inriktning och beslut	116
9.1.2.	Information och kommunikation	118
9.1.3.	Organisation och roller	120
9.1.4.	Chefers ledarskap	121
9.1.5.	Bemanning och arbetsituation.....	123
9.1.6.	Verksamheternas hantering av pandemin.....	126
9.1.7.	Kompetens.....	130
9.1.8.	Skyddsutrustning	132
9.1.9.	Samverkan med Region Stockholm.....	135
9.1.10.	Brukarperspektivet i hanteringen av pandemin.....	137
9.1.11.	Äldreomsorgens status	137
9.1.12.	Summering slutsatser	138
9.2.	ÄLDREOMSORGEN UR ETT SYSTEMPERSPEKTIV.....	140



10. Rekommendationer	143
10.1. REKOMMENDATIONER TILL STADEN CENTRALT	144
10.1.1. Planering inför kommande kriser	144
10.1.2. Utveckling av äldreomsorgen	146
10.2. REKOMMENDATIONER TILL UTFÖRARVERKSAMHETERNA	149
 Bilaga 1 – Exempel på intervjuguide, enhetschef vård- och omsorgsboende	 153
 Bilaga 2 – Ordlista.....	 156
 Bilaga 3 – Dokument och referenser	 157



Sammanfattning

Stockholms stads kommunstyrelse beslutade den 17 juni 2020 att stadens hantering av covid-19-pandemin ska utvärderas i flera steg. Utvärderingsarbetet skulle inledas med en processutvärdering av stadens initiala hantering av krisen, en stabsutvärdering av den centrala krisledningen och en fördjupad analys av hanteringen inom äldreomsorg. Denna rapport avser den sistnämnda, en fördjupad analys av Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin inom äldreomsorgen under perioden mars 2020 till och med februari 2021. Konsultföretaget Governo AB har anlåtats för att genomföra fördjupningen.

Syftet med utvärderingen är att Stockholms stad ska få en god bild av hur stadens verksamhet hanterat covid-19-pandemin inom äldreomsorgen samt få underlag för lärande och utveckling. För att göra det har inriktningen för arbetet varit att det ska präglas av oberoende, mod och transparens. Det långsiktiga målet som utvärderingen ska bidra till, är att staden ska bli starkare – i vardag och i kris.

Målen för utvärderingen är att:

- ✦ Staden får en ökad förståelse för hur covid-19-pandemin har hanterats inom äldreomsorgen och vilka förutsättningar som funnits att hantera pandemin.
- ✦ Staden får kunskap om möjliga faktorer bakom smittspridningen i verksamheterna samt hur de har/hade kunnat hanteras.
- ✦ Staden får underlag för lärande och förbättring inom äldreomsorgen kopplat till pandemin och liknande händelser framåt.

Arbetet har bedrivits utifrån en kvalitativ metod där ett stort antal chefer, medarbetare och andra nyckelpersoner har intervjuats. Totalt sett har 118 personer intervjuats vid över 83 olika tillfällen. Därtill har olika former av dokument i form av beslut, riktlinjer och rekommendationer från Stockholms stad, Region Stockholm och nationella myndigheter beaktats.

Inriktningen för arbetet har varit att fånga Stockholms stads hantering av pandemin inom äldreomsorg från central nivå och vidare ut i verksamheterna. Arbetet har avgränsats till att fokusera på vård- och omsorgsboenden och hemtjänst. Ambitionen har varit att inkludera en bredd av verksamheter genom att i urvalet fånga verksamheter i egen regi, verksamheter som drivs på entreprenad och verksamheter i privat regi som har avtal med Stockholms stad.

Vi redovisar hur pandemin har påverkat verksamheterna, hur verksamheterna har agerat och hur man har arbetat för att minska smittspridningen.

Sammantaget har covid-19-pandemin inneburit en stor omställning för Stockholms stads äldreomsorg. Av utvärderingen kan vi se att det har skett en omfattande förändring av, och påverkan på, verksamheterna inom äldreomsorgen. Många chefer och medarbetare har gjort sitt allra yttersta och arbetat under hård press för att upprätthålla en god omsorg och hälso- och sjukvård. Nedan presenteras ett antal huvudresultat och slutsatser. Ytterligare resultat och slutsatser presenteras i rapporten.



Stockholms stads övergripande inriktning för hanteringen av pandemin formulerades i ett tidigt skede av stadsdirektören i dialog med den centrala krisledningen (CKL). Den övergripande inriktningen anses ha varit tydlig och lätt att ta till sig. Under pandemins tidiga skede fokuserade expertmyndigheterna på sjukvården och rekommendationer till allmänheten. Den kommunala omsorgen, och särskilt äldreomsorgen, upplevdes som något bortglömd och många kommuner, däribland Stockholm avvaktade nationell eller regional vägledning. Det har framkommit önskemål om viss ökad proaktivitet från staden centralt, avseende egen analys, beslut och förtydligande av expertmyndigheternas rekommendationer i förhållande till stadens verksamheter inom äldreomsorg.

Det har varit tydligt formulerat och kommunicerat att Stockholms stad följer nationella myndigheter och Region Stockholms rekommendationer – vilket verksamheterna också har gjort. Det har dock varit en stor utmaning för verksamheterna att följa det stora informationsflödet som kommunicerats från olika håll. Verksamheterna har lagt mycket tid på att sortera och tolka informationen och därefter bearbeta och anpassa den för att kommunicera ut i den egna verksamheten. Här har framkommit behov av att tydliggöra informationskanaler inför kommande kriser och utveckla ett mer omfattande centralt stöd vilket skulle underlätta hanteringen i verksamheterna.

Äldreförvaltningen har haft en central roll under krisen. De har involverats i kris-hanteringen på flera sätt, såväl internt som externt. De har också varit sammankallade och samordnat flera mötesforum och utvecklingsarbeten relaterade till hanteringen av pandemin. Av utvärderingen framkommer vissa skillnader i synen på äldreförvaltningens agerande som handlar både om att förvaltningen tagit på sig för stort ansvar och styrt för mycket, liksom att äldreförvaltningen hade kunnat göra mer för att samordna hanteringen inom staden. Det är äldreförvaltningens bild att de har fått ett utökat mandat att agera samordnade i övergripande frågor kopplat till hanteringen av pandemin. Detta mandat har dock inte kommunicerats till stadsdelsförvaltningarna på ett tydligt sätt vilket bidragit till en otydlighet kring ansvarsfördelning. Inför kommande kriser är det viktigt att tydliggöra mandat och ansvar för berörd fackförvaltning, i syfte att kunna utnyttja den kompetens som fackförvaltningarna besitter, att förtydliga ansvarsfördelningen gentemot stadsdelsförvaltningarna och säkerställa enhetlighet mellan verksamheter.

Pandemin har haft en stor påverkan på vård- och omsorgsboendena under den period som har granskats. I princip samtliga vård- och omsorgsboenden inom staden har drabbats av smitta någon gång under perioden, och några vid flera tillfällen. Oavsett när under pandemin boendena har fått in smitta har det inneburit hög grad av lidande på grund av sjukdom och bortgång bland brukare samt svåra situationer med höga krav på anpassning, flexibilitet och engagemang hos chefer och medarbetare. Hemtjänsten har inte påverkats i samma utsträckning som vård- och omsorgsboenden då de haft betydligt lägre andel brukare som smittats av covid-19. Under 2020 har det skett en minskning i antal verkställda beslut om hemtjänst inom staden, och de hemtjänstutförare som intervjuats inom ramen för denna utvärdering har berättat att flera brukare har pausat en del av insatserna under den mest kritiska perioden på grund av oro för smitta.



Vård- och omsorgsboenden och hemtjänst har i möjligaste mån försökt upprätthålla ordinarie verksamhet. Inom vård- och omsorgsboenden har den del som rör omsorg i viss mån fått stå tillbaka för ökat fokus på hälso- och sjukvård. Det betyder att den del av omsorgen som avser aktiviteter och social samvaro mellan brukare har varit svår att upprätthålla som resultat av insatser för att minska smittspridningen.

Frånvaron bland medarbetare i utförarverksamheterna har periodvis varit hög på grund av egen sjukdom, vård av barn och oro för smitta. Den höga frånvaron har skapat utmaningar avseende bemanning och verksamheterna har periodvis, framförallt under våren 2020, haft begränsat med personal. Verksamheterna har i största mån hanterat bemanning och rekrytering själva trots att staden centralt erbjudit stöd i form av en särskild bemanningsfunktion. Signalerna från staden centralt har varit att överbemanna och säkra bemanningen under längre perioder, vilket till viss del har gjorts, men det har också upplevts svårt att kombinera det med ambitionen att minska smittspridningen. Till sommaren 2020 var bemanningen i verksamheterna relativt god. Under andra vågen, november-december 2020, uppstod återigen utmaningar i vissa verksamheter med hög frånvaro till följd av hög smittspridning.

Arbetsbelastningen har periodvis varit hög för chefer och medarbetare inom såväl vård- och omsorgsboenden som hemtjänst. Medarbetare har känt sig trötta och slitna efter perioder med hög smittspridning. Det har också varit vanligt att medarbetare varit rädda och känt oro och stress kopplat till högt ställda krav i arbetet och brist på skyddsutrustning. Allteftersom medarbetare har fått ökad kunskap om covid-19 viruset, om hanteringen av smittan och nya arbetssätt, fått kunskap om basala hygienrutiner och förståelse för hur skyddsutrustning ska användas har medarbetares oro och stress avtagit.

Tillgången till skyddsutrustning och kunskap om användning av skyddsutrustning har varit en stor utmaning, framför allt under våren 2020. Likaså visade det sig att medarbetares kunskap om basala hygienrutiner var alltför låg för att hantera en pandemi. Under våren 2020 genomfördes därför ett omfattande arbete i verksamheterna för att höja kunskapsnivån kring användning av skyddsutrustning och öka följsamheten till basala hygienrutiner. Detta arbete har gjorts på olika sätt i verksamheterna, från enklare mailutskick och länkar till digitala kurser till mer omfattande genomgångar på plats, personlig vägledning och återkommande informationsmöten. Hur detta har genomförts har sannolikt påverkat medarbetares följsamhet till basala hygienrutiner men också kännedom och trygghet kring nya arbetssätt.

Riktlinjer och rekommendationer kring skyddsutrustning har uppdaterats kontinuerligt under 2020 och kommit från både Folkhälsomyndigheten, Arbetsmiljöverket och Region Stockholm. Riktlinjerna från myndigheterna har ibland varit motstridiga vilket inneburit otydlighet och skapat osäkerhet i verksamheterna. Inledningsvis angav Folkhälsomyndigheten att skyddsutrustning endast skulle användas vid misstänkta eller bekräftade fall av smittade brukare, från slutet av juni skärptes rekommendationerna ytterligare och från december skulle visir och munskydd användas av all personal inom vård och omsorg under varje arbetspass. Trots att tillgången till skyddsutrustning var mycket begränsad under våren 2020, så är den samlade bilden att verksamheterna över lag har haft skyddsutrustning när det behövs. Den skyddsutrustning som funnits har dock inte alltid varit enligt godkänt standard och kan ha bestått av personliga munskydd eller inköp från andra leverantörer än ordinarie inköpskanaler. Brist på



tillgång och olika information om vilken utrustning som skulle användas skapade en stress bland medarbetare och oro för sin egen säkerhet. Under våren fördelades skyddsutrustning mellan verksamheter med förbehåll för verksamheter med smittade brukare.

Givet den omfattande globala bristen på skyddsutrustning var Stockholms stad snabba med att inrätta en central materialfunktion för att säkra tillgången till skyddsutrustning, samla beställningar och hantera fördelning och leverans av skyddsutrustning till verksamheterna. Etableringen av materialfunktionen har varit lyckosam och det intensiva arbete som gjordes för att få tag på skyddsutrustning från olika håll bidrog till att säkra tillgången och till att fördela denna utifrån verksamheternas behov.

Under mars-april 2020 gjordes en majoritet av läkarbedömningarna av brukare på vård och omsorgsboendena på distans. I Socialstyrelsens kunskapsstöd om *Arbetsätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19*¹ framgick i den första versionen ett förslag att om att undvika besök av läkare som skulle kunna hanteras på distans. Läkorganisationerna valde att arbeta utifrån den inriktningen och hanterade så mycket som möjligt av läkarstödet på distans för att undvika att läkarna skulle sprida smitta mellan vård- och omsorgsboenden. Icke-oundgängliga bedömningar/besök skulle dock alltid göras på plats. Den medicinska bedömningen gjordes i stället på telefon, mellan sjuksköterska och läkare. Detta anses, i de flesta fall, ha fungerat – dock hade det alltid varit bättre med läkare på plats. Läkarbedömning på distans har fungerat relativt bra när läkare har haft kännedom om brukarens historik, men har varit svårare vid bedömning av nyinflyttade brukare. Det finns vidare skillnader mellan de två läkarorganisationerna, där det ena gjorde betydligt mer fysiska besök än den andra.

Sjuksköterskorna på boenden har tagit ett stort ansvar under pandemin för att säkerställa en god hälso- och sjukvård i samråd med läkare och för att stödja kollegor i omvårdnadsarbetet. Arbetsbelastningen för yrkesgruppen sjuksköterskor har därmed varit extra hög under pandemin, och särskilt under perioder med omfattande smittspridning. Nivån på vården och den medicinska behandlingen som ges till brukare har ökat under pandemin då flera brukare varit allvarligt sjuka samtidigt. Det har då blivit tydligt att hälso- och sjukvårdskompetensen på boendena är relativt begränsad och att den framåt kommer behöva stärkas på olika sätt för att möta ett högre vårdbehov, såväl inför kommande kriser som under normala förhållanden. Detta har samlat gjort att det har varit utmanande för verksamheterna att upprätthålla en god hälso- och sjukvård. Förutsättningarna för att kunna möta ett kraftigt utökat vårdbehov har inte funnits i verksamheterna, varken i form av tillräcklig bemanning, kompetens eller medicinsk utrustning.

Samverkan mellan Stockholms stad och läkarorganisationerna har stärkts under pandemin, såväl på central nivå som lokalt på respektive vård- och omsorgsboende, givet ett gemensamt behov att säkerställa en god hälso- och sjukvård till brukarna. Denna nära samverkan är viktig att ta tillvara för att skapa en långsiktig nära samverkan och utveckling av äldreomsorgen framgent.

¹ Socialstyrelsen, 2020. Arbetsätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19, Dnr 4.3–13193/2020.



Det faktum att vård- och omsorgsboenden är att betrakta som brukarens egna hem innebär att det är omöjligt att stänga in och isolera den boende. Därmed har vård- och omsorgsboendena varit mycket beroende av de beslut som fattats av regering, expertmyndigheter samt Stockholms stad centralt. Det handlar exempelvis om besluten om besöksstopp och besöksförbud. Besluten om besöksförbud anses ha varit viktiga för att skydda de äldre samtidigt som det än så länge inte finns några studier som har belägg för att förbuden har haft någon avgörande effekt för att minska smittspridningen. Däremot kan förbuden ha fått negativa konsekvenser för de som har berörts i form av minskade sociala kontakter och samvaro.

Testning av såväl brukare som medarbetare anses ha varit centralt för att minska smittspridningen. Det är Region Stockholm som är ansvariga för testning. Av utvärderingen framkommer att testningen av personal kom i gång sent och att en tidigare och större testning troligen hade kunnat bidra till en minskad smittspridning inom vård- och omsorgsboenden. Arbetet med smittspårning inom vård- och omsorgsboenden tydliggjordes och sattes i gång på allvar först från slutet av juni 2020 då Region Stockholm kom ut med en rutin kring smittspårning. Därefter har smittspårning genomförts inom boendena. Den sena starten i smittspårningsarbetet innebar begränsade förutsättningar för verksamheterna att identifiera smittkällor och aktivt arbeta för att minska smittspridningen. Smittspårningsarbetet anses ha fungerat bra men har krävt en hel del personella resurser och i vissa sammanhang har det varit något otydligt kring roller och ansvar i smittspårningsarbetet. Inom hemtjänsten har arbetet med smittspårning inte varit lika aktuellt för staden, eftersom hälso- och sjukvårdsansvaret ligger på vårdcentralerna.

Äldreomsorgen har haft stora svårigheter att hålla sina verksamheter fria från smitta, såväl i Stockholm, som i Sverige i stort och i andra länder. Det finns än så länge inga studier som kan peka direkt på vad som orsakat den höga smittspridningen inom äldreomsorgen. Den allmänna smittspridningen i samhället är sannolikt den enskilt viktigaste faktorn bakom den stora smittspridningen på boendena. Möjliga vägar till att smitta har kommit in på boendena är via personal, via anhöriga samt via brukares besök inom sjukvården. Personal som arbetar inom äldreomsorgen lever och bor i samhället, vilket har inneburit en risk för att de för med sig smitta in till boendena samt till brukare av hemtjänstinsatser. Anhöriga besökte sina äldre som vanligt under de första veckorna av pandemin. Brukarna har också till viss del kunnat röra sig i samhället, och brukare kan ha uppsökt hälso- och sjukvård under denna period, särskilt sjukhusen. Tillgången till skyddsutrustning och kunskap om basala hygienrutiner var bristfällig under inledningen av pandemin vilket i sig också kan vara en orsak till smittspridningen. Det finns även mer indirekta faktorer som kan ha påverkat smittspridningen, så som olikheter i utförande i verksamheterna och chefers förutsättningar att agera rätt i olika lägen.

Sammantaget har pandemin påverkat verksamheterna inom stadens äldreomsorg i mycket hög grad. Många anhöriga, men även brukare och medarbetare har förlorat nära och kära. Många har upplevt en kris och sorg som aldrig hade kunnat förutspås. Områden inom äldreomsorgen som tidigare haft brister har särskilt uppmärksammats under pandemin, som exempelvis bemanning och hälso- och sjukvårdskompetens, detta framkommer i intervjuer såväl med verksamheter som med fackliga representanter och pensionärsrådet, men är även en central slutsats i Corona-kommissionens delbetänkande. Samtidigt har även en hel del positivt skett. En snabb



omställning och utveckling i verksamheterna har ägt rum. Samarbetet mellan enheter, funktioner, aktörer och myndigheter har stärkts för att tillsammans hantera en gemensam fiende i form av pandemin. Chefer och medarbetare i staden har klivit fram på ett mycket positivt sätt, och många har gjort allt för att räcka till för uppgiften. Det gäller nu att ta vidare denna möjlighet och kraft i utvecklingen i formandet av nästa generations äldreomsorg.

I rapporten lämnas ett antal rekommendationer till Stockholms stad. Rekommendationerna är uppdelade efter vad som behöver hanteras av staden centralt och vad som möjligt att hantera på verksamhetsnivå. Det handlar både om rekommendationer för att stå bättre rustade för kommande kriser och om rekommendationer som kan utveckla äldreomsorgen framåt. Rekommendationerna listas i punkterna nedan och presenteras mer utförligt i kapitel 10.

Rekommendationer till staden centralt - planering inför kommande kriser:

- ✦ Se över hur organisationen kan anpassas för att stärka central styrning och stöd
- ✦ Se över hur informationsflödet kan tydliggöras och underlättas
- ✦ Se över hur en central krisledning kan stärkas med avseende på analys
- ✦ Se över hur en central krisledning kan stärkas med avseende på expertkompetens och ett nära samarbete med berörd fackförvaltning
- ✦ Planera för ett tillräckligt lager av skyddsutrustning
- ✦ Säkerställ att bemanningen prioriteras i verksamheterna, med tydlighet och uppföljning
- ✦ Vid etablering av nya funktioner, säkerställ ett tydligt uppdrag och rätt resurser

Rekommendationer till staden centralt - för att utveckla äldreomsorgen:

- ✦ Stärk bemanningen på boendena med avseende på hälso- och sjukvårdskompetens och omvårdnad
- ✦ Utöka sjuksköterskebemanningen på kvällar och helger, eventuellt även nätter
- ✦ Se över enhetschefsrollen med avseende på hälso- och sjukvårdskompetens, ledningsgruppsstöd och antal underställda medarbetare
- ✦ Se över innehållet i stadens undersköterskeutbildning
- ✦ Se över de medicinskt ansvariga sjuksköterskornas funktion så att de används utifrån behov och mer enhetligt över staden
- ✦ Omhänderta det goda ledarskapet och säkerställ fortsatt utveckling av ledarskapet
- ✦ Arbeta för ett utvecklat upplägg av integrationen mellan Stockholms stads vårdresurser och Region Stockholms vårdresurser
- ✦ Se över hur framtidens boenden kan formas för att möta ett högre vårdbehov

Rekommendationer till utförarverksamheterna:

- ✦ Fortsätt att kontinuerligt följa upp och säkerställa kunskaper om basala hygienrutiner
- ✦ Ta vidare arbetet med kontinuerliga avstämningar som utvecklats inom hemtjänsten
- ✦ Planera för ett tillräckligt lager av skyddsutrustning
- ✦ Utöka sjuksköterskebemanningen på kvällar och helger, eventuellt även nätter
- ✦ Utveckla den samverkan som stärkts mellan sjuksköterskor och läkare, i syfte att utveckla den vård som ges till brukare



-
- ✦ Se över information och dialog med anhöriga för att bidra till ökad delaktighet
 - ✦ Inför eventuella besöksförbud, se över individuella anpassningar och säkerställ att anhöriga hålls informerade och delaktiga
 - ✦ Tillvarata nya arbetsätt som utvecklats under pandemin och utveckla de delar som fungerat bra



1. Inledning

Covid-19-pandemin är en av de mer omfattande påfrestningar som har drabbat världen, och inte minst Sverige, i modern tid. Covid-19-pandemin har spritt sig över hela världen och orsakat ett ofattbart lidande med stort antal sjuka. När denna rapport skrivs har över 173 miljoner människor i världen bekräftats smittade av covid-19 och över 3,7 miljoner människor har avlidit². Pandemin har lett till långtgående konsekvenser för såväl individer som för samhället i stort som än så länge är svåra att överblicka. Pandemin har inneburit stora prövningar för offentlig sektor, allmänhet och näringsliv.

Stockholms län var ett av de områden som drabbades hårdast av pandemin under våren 2020, med tidig och hög smittspridning och en påverkan på sjukvården och omsorgen. För Stockholms stad har pandemin påverkat en stor del av kommunens verksamhetsområden, och särskilt äldreomsorgen. Pandemin har ställt, och ställer fortsatt, höga krav på stadens krishanteringsförmåga – men även verksamheternas omställnings- och anpassningsförmåga.

I slutet av mars 2020 konstaterade Folkhälsomyndigheten en samhällsspridning i Sverige. Över ett år senare, den 6 juni 2021, har över 13 755 människor avlidit med diagnosen covid-19 i Sverige. Av dessa var nästan 90 procent 70 år eller äldre. Knappt hälften, 41 procent, bodde på ett vård- och omsorgsboende och 27 procent hade hemtjänst. Den stora andelen avlidna bland sköra äldre överensstämmer med hur det ser ut i många andra länder.³

Ambitionen i den svenska övergripande strategin, att särskilt skydda de äldre, var och är riktig. Den samlade bilden från flera utredningar på olika nivåer är dock att strategin har misslyckats. Sverige har inte lyckats hålla äldreomsorgen fri från smitta, vilket även gäller i ett stort antal andra länder. Den största orsaken bakom den stora smittspridningen och det höga antalet dödsfall i äldreomsorgen bedöms vara den allmänna smittspridningen i samhället.

För att begränsa smittspridningen och konsekvenserna av smittan när den väl kommit in i verksamheterna har det tagits en mängd beslut, utarbetats riktlinjer och rekommendationer för hur vård och omsorg på boenden skulle hanteras för att undvika att de äldre smittades och för att säkerställa att brukarna fick bästa möjliga vård. Inriktningen har varit att i så hög grad som möjligt vårda kvar brukaren i sitt hem på boendet för att undvika att brukaren skulle behöva flytta till geriatriska slutenvården (specialistvård för äldre) eller till akutsjukhusen. Att flytta från sin invanda hemmiljö till ett sjukhus kan ofta vara en stor påfrestning för sköra äldre. Detta har inneburit att många smittade, och misstänkta smittade, brukare har vårdats kvar på boendena vilket ställt höga krav på medarbetare och verksamheternas omställningsförmåga till ett högre vårdbehov. De som bor på vård- och omsorgsboenden är ofta sköra personer. Det är personer som på grund av ålder och/eller sjukdom inte klarar av att bo kvar i sitt

² World Health Organization, 2021. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. 210619

³ Socialstyrelsen, 2021. Avlidna i covid-19.



tidigare hem utan har flyttat in på ett vård- och omsorgsboende. Det riskerar ofta ett mycket allvarligt sjukdomsförlopp om de drabbas av covid-19. Ett stort antal brukare har avlidit med eller till följd av covid-19 inom Stockholms stad. Många anhöriga, men även brukare och medarbetare, har förlorat nära och kära. Många har upplevt en kris och sorg som aldrig hade kunnat förutspås.

Coronakommissionen redogör i sitt betänkande om äldreomsorgen att områden som tidigare haft brister inom äldreomsorgen särskilt har uppmärksammats under pandemin. Kommissionen menar att det finns strukturella brister som gjort att verksamheterna varit dåligt rustade för en pandemi. Det handlar bland annat om otillräckliga regelverk, organisatoriska brister, men framför allt brister i bemanning och hälso- och sjukvårds-kompetens. Även WHO pekar på ett antal gemensamma strukturella problem som bidragit till att pandemin drabbat äldreomsorgen så hårt, exempelvis anges att äldreomsorgen i många länder är en underfinansierad sektor, att äldreomsorg och sjukvård sällan är tillräckligt integrerade och att nationella riktlinjer för pandemiåtgärder inte omfattar äldreomsorgen.

Denna fördjupade analys av äldreomsorg fokuserar på Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin inom vård- och omsorgsboenden och hemtjänst. Vi redovisar hur pandemin har påverkat verksamheterna och hur verksamheterna har arbetat med att hantera pandemin liksom arbetet för en minskad smittspridning.

1.1. Bakgrund

Svensk krisberedskap bygger på tre grundläggande principer om ansvar, likhet och närhet. I enlighet med Stockholms stads säkerhetsprogram 2020–2023⁴ ska stadens krishantering utgå från dessa tre grundprinciper. Principerna innebär att den som normalt sett har ansvar för en verksamhet även ska ha det i en kris. Verksamheten ska, så långt som möjligt, ha samma organisation och lokalisering som vid normala förhållanden och krisen ska hanteras där den inträffar, av de närmast berörda och ansvariga.

För att säkerställa lärande och utveckling ska varje krishantering vid händelse där Stockholms stads centrala krisledning (CKL) aktiverats utvärderas, i enlighet med stadens säkerhetsprogram. Stockholms stads kommunstyrelse beslutade den 17 juni 2020 att stadens hantering av covid-19-pandemin ska utvärderas i flera steg. För att leda de samlade utvärderingsbehoven tillsattes ett särskilt utvärderingssekretariat vid stadsledningskontoret (SLK).⁵

Utvärderingsarbetet inleddes med en processutvärdering av de första månadernas krishantering, samt en stabsutvärdering av den centrala krisledningen. Kort därefter inleddes arbetet med en särskild fördjupning av stadens hantering av covid-19-pandemin inom äldreomsorgen.

⁴ Stockholms stad, 2019. Stockholms stads säkerhetsprogram 2020–2023. Dnr KS 2019/1543.

⁵ Stockholms stad Kommunstyrelsen, 2020. Protokoll nr 14, 2020-06-17. Sida 27.



Managementkonsultföretaget Governo AB anlätades genom avrop på stadens utredningsramavtal för att genomföra processutvärderingen och fördjupningen inom äldreomsorgen. Parallellt med denna fördjupning har även ytterligare ett antal fördjupande analyser kopplat till stadens hantering av covid-19-pandemin påbörjats. Dessa redovisas i separata rapporter.

1.2. Syfte och mål

Syftet med utvärderingen har varit att Stockholms stad ska ha fått en god bild av hur stadens verksamhet hanterat covid-19-pandemin samt fått underlag och former för lärande och utveckling utifrån slutsatserna. Inriktningen för stadens utvärderingssekreteriat, och därför även Governos arbete, har varit att fokusera på lärande och utveckling, att staden ska bli starkare – i vardag och i kris – samt att det ska präglas av oberoende, mod och transparens.

Målen för utvärderingen har varit följande:

- ✦ Staden har fått en ökad förståelse för hur covid-19-pandemin har hanterats inom äldreomsorgen och vilka förutsättningar som funnits för att hantera pandemin.
- ✦ Staden har fått kunskap om möjliga faktorer bakom smittspridningen i verksamheterna samt hur de har/hade kunnat hanteras.
- ✦ Staden har fått underlag för lärande och förbättring inom äldreomsorgen kopplat till pandemin och liknande händelser framåt.

1.3. Avgränsningar

Utvärderingen har, som beskrivits ovan, haft ett lärande syfte. Den omfattar en övergripande genomlysning av stadens hantering av krisen med fokus på äldreomsorg genom dokumentstudier och intervjuer. Med detta i beaktande formulerades ett antal avgränsningar i det inledande arbetet:

- ✦ Utvärderingsperiod mars 2020 - februari 2021
- ✦ Utvärderingen fångar den del av äldreomsorgen som avser vård- och omsorgsboenden samt hemtjänstverksamheter.
- ✦ Fokus i utvärderingen är på hur pandemin hanterats inom stadsdelsförvaltningar och i utförarverksamheterna, såväl i egen regi, på entreprenad och i privat regi.
- ✦ I utvärderingen görs ett urval av stadsdelsförvaltningar inom staden, liksom ett urval av utförarverksamheter.
- ✦ Utvärderingen fångar inte hela den nationella krishanteringen, utan enbart relevanta aspekter som kommer upp inom ramen för intervjuer.
- ✦ Hanteringen kring rehabilitering inom vård- och omsorgsboenden under pandemin fångas inte i denna utvärdering.
- ✦ Utvärderingen inkluderar inte det interna arbetet inom och mellan central krisledning (CKL) och krisledningsnämnden (KLN), då det hanteras i en annan rapport (Stabsutvärderingen).



- ✦ I utvärderingen ingår några privata utförarverksamheter, hur de har hanterat pandemin samt dialogen med Stockholm stad. Utvärderingen fångar inte på vilket sätt Stockholms stad kan styra privata utförare via befintliga avtal.

1.4. Disposition

Rapporten är upplagd enligt följande. Efter detta inledande kapitel följer i kapitel 2 en redogörelse för utvärderingens metodik inklusive genomförande. I kapitel 3 beskrivs äldreomsorgen i Stockholms stad, detta kapitel syftar till att ge en beskrivning av äldreomsorgens struktur för att läsaren lättare ska kunna ta till sig kommande kapitel. I kapitel 4–6 redovisas resultatet av fördjupningen utifrån först inriktning, styrning och organisation, följt av vård- och omsorgsboenden och därefter hemtjänst. I kapitel 7 redogör vi för den centrala materialfunktion som inrättades under pandemin, i kapitel 8 redogör vi för tänkbara orsaker bakom smittspridningen. Governos analys och slutsatser redovisas i kapitel 9, och sist i rapporten, i kapitel 10, återfinns våra rekommendationer som riktar sig till staden centralt och till utförarverksamheterna.

I kapitel 4–7 som avser resultat av datainsamlingen avrundar vi längre avsnitt med en kort summering som är markerad med en skuggad färg. Summeringen är Governos samlade bedömning av de resultat som redovisats i texten.

I resultatkapitlen har vi även med citat för att exemplifiera och levandegöra resultatredovisningen. I citaten används förkortningen "VoB" för vård- och omsorgsboenden.



2. Metod

Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin omfattar en rad aspekter som kan grupperas på olika sätt utifrån ett utvärderingsperspektiv. I krisledning behöver styrning, genomförande, lärande och utveckling ske i snabb takt och ofta baserat på osäker eller ofullständig kunskap. Parallellt med krisarbetet behöver ordinarie verksamhet fungera samtidigt som nya arbetssätt ska implementeras för att möta krissituationen.

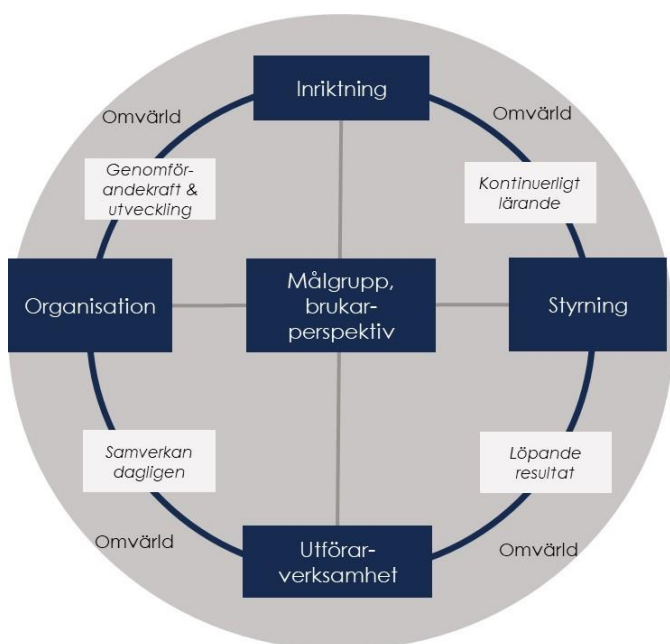
Genomförandet av utvärderingen har pågått under perioden oktober 2020 – maj 2021. Arbetet har delats in i ett antal faser – där datainsamling, som inkluderat ett stort antal intervjuer, har varit den mest omfattande fasen. En del tid lades även på det initiala arbetet för att säkra ett gott genomförande och en koordinering med processutvärderingen av stadens hantering av pandemin, liksom stabsutvärderingen som genomförts av Försvarshögskolan. En hel del tid har även lagts på analys och slutsatser i samband med rapportskrivning. Projektupplägget illustreras i figur 1 nedan.



Figur 1: Översiktligt projektupplägg

En viktig aspekt för utvärderingen har varit ett fokus på lärande, snarare än granskning och kontroll. Det innebär att fokus i utvärderingsarbetet har varit att fånga hur hanteringen av pandemin har gått till, vad som har fungerat bra och vad som har fungerat mindre bra, och vilka slutsatser som kan dras för att utveckla stadens verksamheter.

Governos analysmodell, vilken visas i figur 2 nedan, har använts som struktur för datainsamling och analys. Modellen tar utgångspunkt i målgruppen och brukarperspektivet och beaktar aspekterna inriktning, styrning, organisation och utförarverksamhet. Genom tillämpningen av modellen säkerställs att alla perspektiv i utvärderingen hålls samman.



Figur 2: Analysmodell för utvärderingen

Utvärderingsarbetet har genomförts av ett team om tre konsulter på Governo, Johanna Stålö, Jeanette Ruzicka Nilsson och Siri Jäderberg. Johanna och Jeanette har genomfört huvuddelen av utvärderingsarbetet.

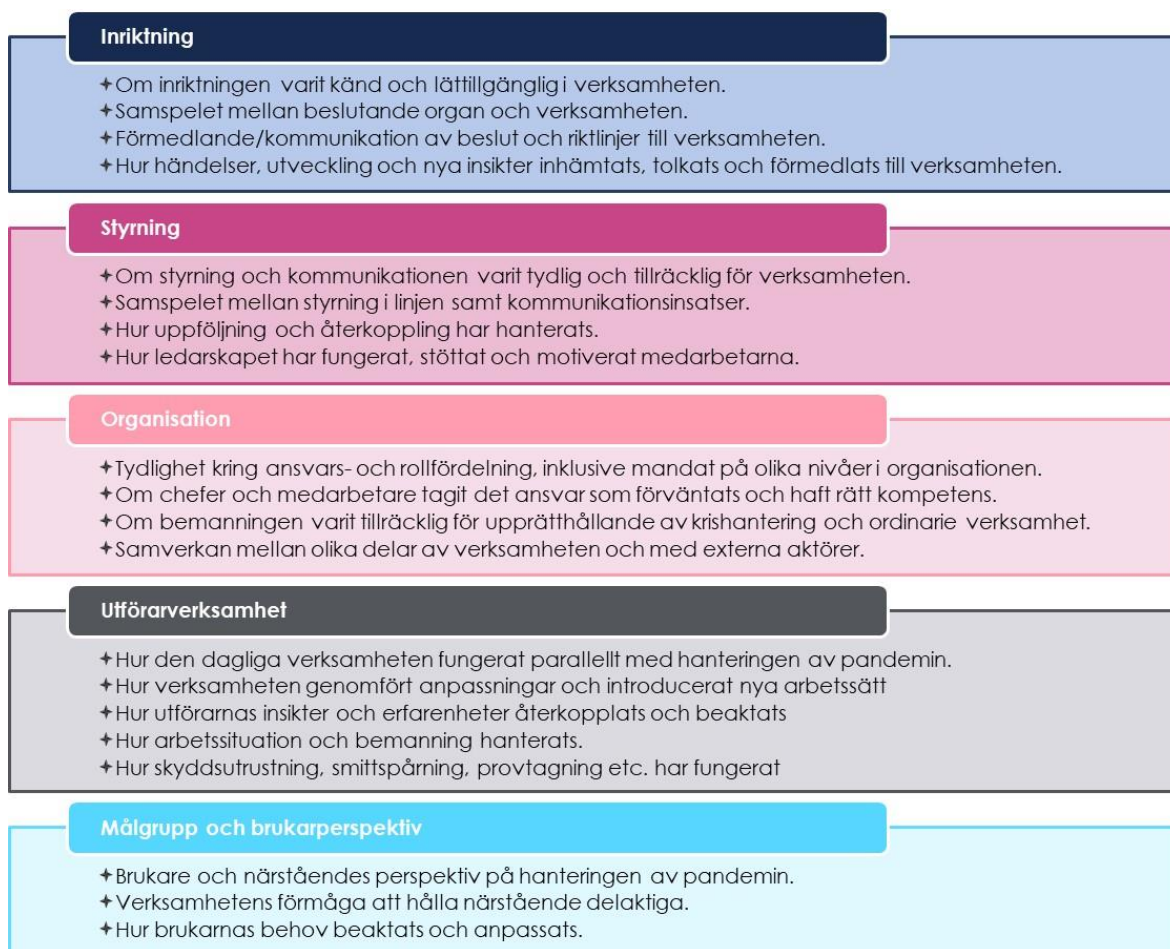
Dag Norén har haft rollen som expert kopplat till utvärderingen med fokus på äldreomsorg. Dag har involverats löpande under pågående arbete och i gemensamma analysmöten och workshops. Dag har varit ett viktigt kvalitetsstyrningsstöd i genomläsning av rapporten och i bearbetningen av analys och slutsatser. Dag Norén har arbetat i nära 30 år som management- och organisationskonsult med fokus på hälso- och sjukvård samt omsorg och har dessförinnan en forskningsbakgrund. Han har särskild expertis och erfarenhet kring komplexa patient- och brukargrupper som mest sjuka äldre och kring samverkan mellan regional hälso- och sjukvård och kommunal hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. Dag har också arbetat under en lång tid med olika utvecklingsuppdrag inom äldreomsorgen, bland annat med kommuner inom Stockholms län, för kommunernas samverkansförbund Storsthlm samt i samverkansprojekt mellan Region Stockholm och kommunerna som exempelvis Sammanhållen seniorvård.

2.1. Frågeställningar

Frågeställningarna för utvärderingen sattes under inledningen av utvärderingsarbetet, i samråd med utvärderingssekreteriatet (Stockholms stad). Frågeställningarna är fördelade utifrån analysområdena i modellen – inriktning, styrning, organisation, utförarverksamhet (vård- och omsorgsboenden och hemtjänst) samt målgrupp och brukarperspektiv. I figur 3 ges exempel på frågeställningar under varje analysområde.



De frågeställningar som tagits fram för utvärderingsarbetet utgår från utvärderingens mål och har i ett nästa steg utvecklats i intervjuguider. Givet datainsamlingens omfattning har ett tiotal olika intervjuguider tagits fram anpassade utifrån vilken roll och funktion som intervjuats. Utöver dessa har även individuella intervjuguider tagits fram i vissa fall, då exempelvis ledningsfunktionerna hos de privata bolagen sett olika ut eller då flera funktioner inom samma organisation önskat intervjuas tillsammans. Se bilaga 1 för exempel på en av intervjuguiderna som använts.



Figur 3: Exempel på frågeställningar för utvärderingen, uppdelat per analysområde

2.2. Datainsamling

Utvärderingen har haft ett kvalitativt angreppssätt där största delen av datainsamlingen har bestått av intervjuer och fokusgrupper. Även dokumentstudier har varit en viktig del i datainsamlingen för att förstå händelseförloppet och hanteringen.

Totalt sett har över 83 intervjuer genomförts med 118 respondenter. Intervjuerna har genomförts digitalt och varierat mellan 45–90 minuter. Majoriteten av intervjuerna har skett enskilt och vissa i grupp. Inför intervjuerna har information om utvärderingen och en intervjuguide skickats på mail.



Dokumentstudier har bestått av insamling och inläsning av beslut, riktlinjer, rekommendationer, rapporter och liknande från såväl Stockholms stad som nationella myndigheter, Region Stockholm och andra aktörer. Exempel på dokument från staden är Stockholms stads övergripande lägesbilder från CKL, nämndernas tertialrapporter, PM från äldreförvaltningen angående förstärkningsteam, PM från äldreförvaltningen gällande granskning av arbetskläder inom hemtjänsten etc. Även andra externa utredningar som Coronakommissionens delbetänkande av äldreomsorg, Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) granskningar och andra utvärderingar av regioner och kommuner har beaktats i arbetet.

Tidigt i arbetet beslutades att de verksamheter inom äldreomsorg som inkluderas i utvärderingen är vård- och omsorgsboenden och hemtjänst. Totalt tolv vård- och omsorgsboenden inkluderades samt tre hemtjänstutförare. Såväl verksamheter inom egen regi, på entreprenad och privata. I dessa verksamheter har intervjuer genomförts med både enhetschefer och medarbetare. För vård- och omsorgsboenden har en sjuksköterska och en undersköterska intervjuats.

Intervjuer har även genomförts med respondenter från SLK, äldreförvaltningen och ett urval av stadsdelsförvaltningar. Inom varje stadsdelsförvaltning har intervjuer genomförts med stadsdelsdirektör, avdelningschef för äldreomsorg och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Inom de privata bolagen har motsvarande funktioner intervjuats, nämligen VD och/eller områdeschef samt medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Representanter från kommunstyrelsens pensionärsråd och fackliga representanter från olika samverkansnivåer har intervjuats.

Vi har även genomfört intervjuer med hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom Region Stockholm samt med de läkarorganisationer som har avtal med Region Stockholm om att tillhandahålla läkarstöd till vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad.

Fokusgruppsintervjuer har genomförts med kommunikatörer på stadsdelsförvaltningar som varit involverade i hanteringen av pandemin, samt med anhöriga till brukare på ett antal vård- och omsorgsboenden i staden.

I tabell 1 nedan framgår antalet intervjuer och respondenter som genomförts inom ramen för denna utvärdering. Därtill har Governo haft möjlighet att även beakta den datainsamling som gjorts inom ramen för Processutvärderingen av Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin.



Tabell 1: Sammanställning av intervjupersoner som ingått i utvärderingen

Funktioner	Intervjuer	Respondenter
Äldreförvaltningen	5	6
Stadsdelsförvaltningars ledningsgrupp Stadsdelsdirektör, Avdelningschef äldreomsorg, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Kommunikatör	21	29
Vård- & omsorgsboenden (6 egen regi, 3 entreprenad, 3 privat) Enhetschef, Medarbetare	26	38
Hemtjänst (2 egen regi, 1 privat) Enhetschef, Medarbetare	3	3
Privata vård- & omsorgsboenden, bolagsnivå VD/Chef, Medicinskt ansvarig sjuksköterska	11	15
Region Stockholm Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	2	2
Läkarorganisationer	2	4
Fackliga representanter	2	3
Pensionärsrådet	1	4
Anhöriga	1	5
Centrala materialfunktioner SLK, Fackförvaltningar, SSR	9	9
Totalt	83	118

Urval stadsdelsförvaltningar och utförarverksamheter

Äldreomsorgen i Stockholms stad är omfattande. Det har därför inte varit möjligt att fånga hur samtliga aktörer upplevt och verkat i krisen. För att skapa största möjliga lärande har en bredd av förvaltningar och utförare valts ut för att ingå i utvärderingen. Urvalet har gjorts i samråd mellan Governo och Stockholms stads utvärderingsekretariat.

Ambitionen har varit att hitta en spridning av verksamheter avseende en rad urvalskriterier för att urvalet ska kunna spegla Stockholms stads olika förhållanden. Urvalskriterierna som sattes upp för vård- och omsorgsboenden var att det skulle vara en spridning mellan hög respektive låg smitta; regiform (egen regi, entreprenad, privat regi); storlek på boendena; inriktning somatisk respektive demens; socioekonomi och geografi i staden; samt läkarorganisation. Urvalskriterierna för hemtjänstutförare var hemtjänst i egen regi inom stadsdelsområden med socioekonomisk och geografisk spridning.

Valet av stadsdelsförvaltningar har utgått från urvalet av vård- och omsorgsboenden. Totalt sex stadsdelsförvaltningar har ingått i utvärderingen; Enskede-Årsta-Vantör, Hägersten-Älvsjö, Hässelby-Vällingby, Normalm, Rinkeby-Kista och Södermalm.



Totalt har tolv vård- och omsorgsboenden ingått i urvalet; sex i egen regi, tre på entreprenad och tre i privat regi. Tre hemtjänstutförare har ingått i urvalet, två i egen regi och en större privat hemtjänstutförare.

I utvärderingen har vi valt att inte lista de vård- och omsorgsboenden och hemtjänstutförare som har ingått i urvalet. Detta utifrån utvärderingens syfte som inte handlar om att bedöma eller kontrollera några verksamheter utan om att förstå hur hanteringen av pandemin har gått till och identifiera iakttagelser som kan bidra till lärande och utveckling. Detta har varit viktigt att nämna vid intervjuer, så att den intervjuade ska känna sig trygg i sin anonymitet. Det har varit viktigt att de skulle känna sig fria att tala öppet om vad som inte fungerat bra.

I och med att urvalet av verksamheter och intervjupersoner har behövt begränsas utifrån utvärderingens omfattning och avgränsningar i kombination med stadens organisatoriska storlek så finns det säkerligen skeenden och upplevelser som inte fångats. Utifrån urvalet kan vi därför inte med säkerhet redogöra för hur det har sett ut generellt inom samtliga verksamheter.

Ambitionen har varit att få en samlad bild av hanteringen av pandemin, med tillräcklig bredd och djup i analysen. Vår bedömning är att urvalet av verksamheter tillsammans med antalet intervjuer har gett oss tillräckligt med data för att vi ska få en god bild och indikation på hur det fungerat och har ser ut i stort. Detta tillsammans med andra uppföljningar, fördjupningar och utvärderingar ger oss en grund för vår analys, slutsatser och förslag. I kapitel 4–6 som avser resultat från utvärderingen redogör vi för om det är samtliga, en majoritet eller endast ett fåtal som har fört fram en bild eller åsikt. När olika beskrivningar har getts så framgår det av vår redogörelse.



3. Äldreomsorg i Stockholms stad

3.1. Övergripande beskrivning av svensk äldreomsorg

Äldreomsorg är tillgänglig för de som är över 65 år och som, efter att en biståndsbedömning har gjorts, anses vara i behov av olika former av insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) för att uppnå skälig levnadsnivå. För att den enskilde ska vara föremål för insatser krävs att den enskilde ansöker om bistånd enligt SoL i den kommun som den enskilde tillhör.

Äldreomsorg är kommunernas ansvar och regleras huvudsakligen av SoL. Enligt SoL ska kommuner verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. I praktiken omfattar äldreomsorg bland annat insatser i form av hemtjänst, ledsagning, anhörigstöd, dagverksamhet och olika former av särskilda boenden.

Äldreomsorg regleras i vissa fall även av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL). Kommunens ansvar i särskilda boenden (vård- och omsorgsboenden och servicehus) omfattar sådan hälso- och sjukvård, omvårdnad, habilitering och rehabilitering upp till sjuksköterskenivå. Läkaransvaret för brukare i särskilt boende åligger regionerna. I enlighet med 11 kap. 4 § HSL ansvarar kommuner för att ha en medicinskt ansvarig sjuksköterska, vars uppgifter framgår av 4 kap. 6 § HSL.

SoL är en ramlag, vilket innebär att den inte innehåller detaljregleringar, utan främst övergripande mål och riktlinjer. Detta ger kommunerna viss möjlighet att själva bestämma hur man organiserar sin äldreomsorg, vilket i realiteten innebär att äldreomsorg kan bedrivas på delvis olika sätt i olika kommuner. Nedan följer en beskrivning av hur äldreomsorg anordnas i Stockholms stad.

3.2. Stockholms stads äldreomsorg

Stockholms stads äldreomsorg ska präglas av självbestämmande, individualisering och valfrihet. Den ska också bedrivas utifrån fyra övergripande kvalitetsmål – trygghet, säkerhet, delaktighet och meningsfullhet.⁶ Stockholms stads äldreomsorg består av stöd i och utanför hemmet samt olika boendeformer – vad som erbjuds inom respektive stöd visas i figur 4.⁷

⁶ Stockholms stad, 2020. Äldreomsorgens värdegrund.

⁷ Stockholms stad, 2019. Olika former av äldreomsorg.



Figur 4: De olika insatser som stadens äldreomsorg kan bestå av

Verksamhetsansvaret för Stockholms stads äldreomsorg är fördelad mellan stadens 13 politiskt styrda stadsdelsnämnder. Varje nämnd ansvarar för en stadsdelsförvaltning som utför det dagliga arbetet. Stadsdelsförvaltningarna ansvarar för biståndsbedömning inom äldreomsorg samt för att bedriva hemtjänst, dagverksamhet och vård- och omsorgsboende i kommunal regi. Stadsdelsnämnderna ansvarar även för verksamheter som drivs på entreprenad. Entreprenad är en verksamhet som drivs på uppdrag av kommunen under en bestämd tidsperiod genom en upphandling. Fastigheten boendet ägs eller hyrs av kommunen, som styr villkoren och är huvudman för verksamheten.

Utöver detta ansvarar äldrenämnden med tillhörande äldreförvaltning för stadsövergripande riktlinjer, utveckling och uppföljning av stadens äldreomsorg samt driften av Stockholms Trygghetsjour. Äldreförvaltningen upphandlar och förvaltar också avtal avseende privata utförare.

Inom Stockholms stads valfrihetssystem för vård- och omsorgsboende finns, vid rapportens skrivande stund, 141 vård- och omsorgsboenden, varav 26 (18 procent) bedrivs i kommunal regi, 14 (10 procent) på entreprenad och 101 (72 procent) i privat regi. Inom Stockholms stads valfrihetssystem för hemtjänst finns 85 hemtjänstutförare, varav 13 (15 procent) bedrivs i kommunal regi och 72 (85 procent) i privat regi.⁸

Staden köper platser på vård- och omsorgsboenden vilket innebär att staden köpa ett varierande antal platser från ett privat boende, samt att boendet kan vara placerat inom kommunen eller i annan kommun. Eftersom antalet platser som staden köper på ett boende kan variera är det även relevant att redogöra för statistiken utifrån antal platser som staden har tillgång till. I december 2020 uppgick de totala antalet platser som staden hade till 7 339 platser, av dessa var 3 366 platser (46 procent) med kommunalt huvudmannaskap (egen regi och entreprenad)⁹, och 3973 (54 procent) i privat regi (25 procent inom kommunen, 29 procent utom kommunen).

Den äldre befolkningen i Stockholms stad

2020 utgjorde personer över 65 år 15 procent av Stockholms stads totala befolkning, vilket motsvarar drygt 1 49 000 personer. Bland dessa hade omkring nio procent beslut om hemtjänst och tre procent beslut om särskilt boende. I oktober 2020 innebar det att cirka 13 000 personer, 65 år eller äldre, hade beslut om hemtjänst i olika omfattning i

⁸ Uppgifter från äldreförvaltningen, maj 2021.

⁹ Äldreomsorgens årsrapport 2020. Sida 39–49.



ordinärt boende samt cirka 800 personer hemtjänst på servicehus. Drygt 5 000 personer hade beslut om vård- och omsorgsboende. I takt med att allt fler lever längre bedöms behovet av dessa insatser växa framåt.¹⁰

Hemtjänst är den vanligaste typen av insats för personer 65 år och äldre – nästan sju av tio äldreomsorgstagare i staden har hemtjänst. Näst vanligast är vård- och omsorgsboende. Det är även dessa två insatser som inkluderats i denna utvärdering.

Biståndsprocessen

För att beviljas insatser inom ramen för äldreomsorg behöver den enskilde ansöka om bistånd enligt SoL. Utöver att staden följer SoL samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd finns även kommunala riktlinjer för hur handläggningen inom staden ska gå till, och som fungerar som ett komplement till lag och föreskrifter.¹¹

Stockholms stads hemtjänst

Hemtjänst kallas de insatser som ges till enskilda i ordinärt boende. Vid bedömningen av/om vilka insatser som kan beviljas utgår bedömningen från om dessa insatser behövs för att individen ska kunna tillförsäkras en skälig levnadsnivå samt huruvida aktuellt behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Hemtjänstinsatserna kan se olika ut beroende på den enskildes individuella behov, det kan bland annat handla om serviceinsatser, insatser för att minska social isolering samt omvårdnadsinsatser. Därutöver kan hemtjänst även utföras för att avlasta en närstående som mer eller mindre vårdar den enskilde.

Hur omfattande hemtjänstinsatserna är beror således på en bedömning av den enskildes individuella behov i förhållande till vilken form av insatser som denne ansöker om. Den största andelen av personer med beviljad hemtjänst i Stockholms stad hade under 2020 cirka 9 timmar per månad eller mindre (32 procent). Det genomsnittliga antalet timmar var dock 39 timmar per månad, vilket har sin förklaring i att det fanns en relativt stor andel bland de övriga 68 procenten med betydligt fler timmar.¹²

Stockholms stads särskilda boenden

Om en persons behov vid en ansökan om bistånd inte bedöms kunna tillgodoses i ordinärt boende med hjälp av hemtjänst och/eller andra insatser kan den enskildes behov i stället bedömas kunna tillgodoses genom servicehuslägenhet eller vård- och omsorgsboende.

I Stockholms stad finns fyra olika former av särskilt boende för äldre:

- ✦ Servicehuslägenhet, med eller utan särskilt beslut om hemtjänstinsatser
- ✦ Vård- och omsorgsboenden med somatisk inriktning
- ✦ Vård- och omsorgsboenden med demensinriktning

¹⁰ Äldreförvaltningen, 2021. Äldreomsorgens årsrapport 2020. Dnr: ALD 2021/31. Sida 10–13.

¹¹ Äldreförvaltningen, 2021. Äldreomsorgens årsrapport 2020. Dnr: ALD 2021/31. Sida 14.

¹² Ibid. Sida 26–29.



✦ Vård- och omsorgsboenden med särskild profilinriktning

Servicehus är en form av särskilt boende där den enskilde beviljas en sådan boendeform. Den enskilde bor i en egen lägenhet där det finns viss gemensam service och gemensamma lokaler. Det finns också tillgång till sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Utifrån den enskildes individuella behov beviljas hemtjänst i servicehuset som utförs av servicehusets personal.

Vård- och omsorgsboenden med somatisk inriktning respektive demensinriktning ingår i stadens valfrihetssystem för vård- och omsorgsboende. Profilboenden ingår inte i valfrihetssystemet. Med profilboende menas boenden som profileras mot personer med olika former av sjukdomsdiagnoser och/eller funktionsnedsättningar som kräver särskild specialistkompetens – till exempel särskilda demenssjukdomar eller psykiska sjukdomar med olika former av beteendestörningar.

På ett vård- och omsorgsboende finns tillgång till omsorg och omvårdnad dygnet runt för alla boende. Beslut om specifika insatser utifrån den enskildes individuella behov fattas inte separat på det sätt som görs i servicehus. Den enskilde bor i en egen lägenhet med hyreskontrakt, men det finns också gemensamma sällskapsutrymmen och aktiviteter. Även om den enskildes vårdbehov skulle förändras, är utgångspunkten att den enskilde ska kunna bo kvar till livets slut. De flesta som beviljas vård- och omsorgsboende har relativt omfattande omvårdnads- och/eller hälso- och sjukvårdsbehov. Nedsatt kognitiv förmåga och omfattande behov av hjälp med personlig omvårdnad var under 2020 de vanligaste skälen för beslut om vård- och omsorgsboende. Oro och ångest samt fallrisk är även skäl som bidrar till biståndsbeslut om att erbjuda vård- och omsorgsboende.

Medianåldern för en person som beviljades vård- och omsorgsboende i Stockholms stad var 87 år 2019. Det är vanligt att beslut om plats på särskilt boende föregås av att den enskilde har haft hemtjänstinsatser. I vård- och omsorgsboenden med somatisk inriktning var medianen för boendetid 10 månader under 2019. I vård- och omsorgsboenden med demensinriktning var medianen för boendetid under samma år 22 månader.¹³

En äldreomsorg i samverkan mellan kommun och region

Det är Region Stockholm som ansvarar för läkarinsatserna på vård- och omsorgsboenden i Stockholms län. För Stockholms stads boenden har Region Stockholm ackrediterat i huvudsak två läkarorganisationer som ansvarar för läkarstödet till kommunens boenden. Det betyder att varje vård- och omsorgsboende har en utsedd läkare som ansvarar för alla brukarna på boendet. Detta skiljer sig mot övriga Sverige där det vanligtvis är vårdcentralerna som ansvarar för läkarstödet till respektive brukare på boendena.

I Stockholms län har Region Stockholm fullt ansvar för hemsjukvården. Det skiljer sig mot övriga regioner i Sverige där hemsjukvården har skatteväxlats till kommunerna. Detta innebär att kommunerna ansvarar för hemsjukvården med stöd av främst läkarinsatser

¹³ Äldreförvaltningen, 2021. Äldreomsorgens årsrapport 2020. Dnr: ALD 2021/31. Sida 38–42.



från regionernas primärvård. Sjukvårdsinsatserna är då delegerade till hemtjänsten i kommunen.

När en person har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en samordnad individuell plan (SIP), förutsatt att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och att den enskilde själv samtycker till planen. En fungerande samverkan förenklar för brukare och dess närstående då de inte behöver lägga ner tid och energi på att själva samordna olika insatser som ges av kommunen eller regionen.

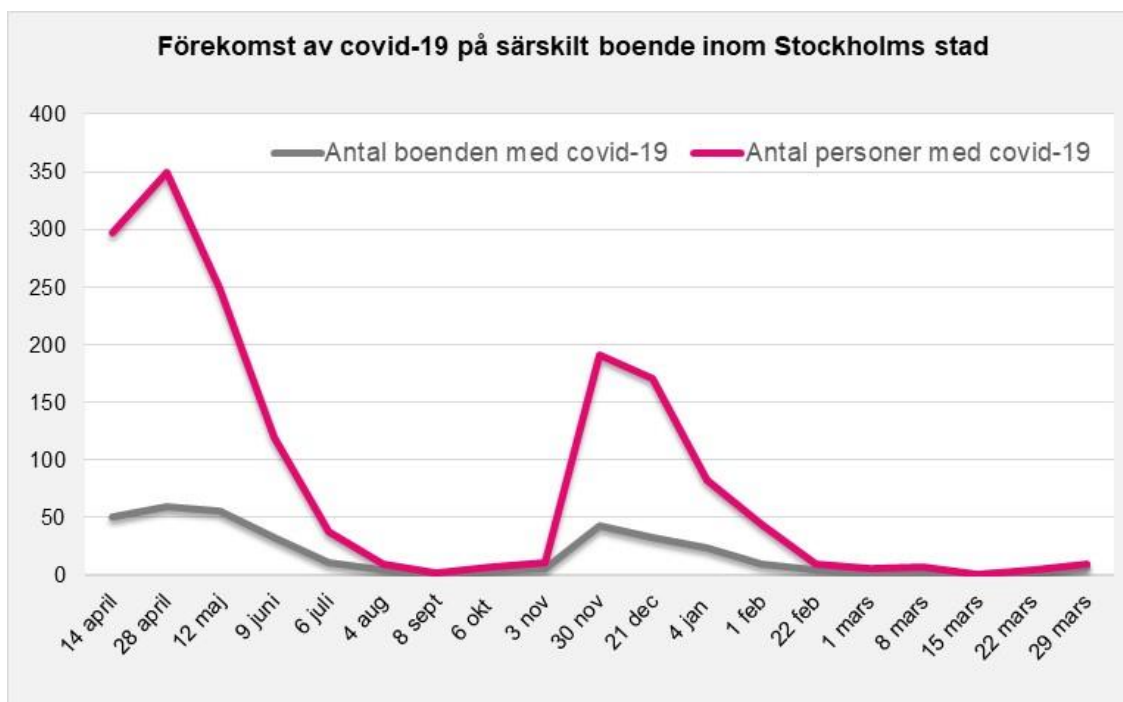
3.3. Smittspridningen inom stadens äldreomsorg

Smittspridningen inom vård- och omsorgsboenden och inom hemtjänsten i Stockholms stad har i stort sett följt smittspridningen i resten av samhället. Som mest har staden haft 350 personer på vård- och omsorgsboenden som varit smittade samtidigt och 109 personer med hemtjänst (sista veckan i april 2020, vecka 17).

Som nämns ovan finns det 141 vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad. I stort sett alla, 139 av dessa har haft covid-19 inom boendet under aktuell utvärderingsperiod, endast två boenden har klarat sig helt utan.

Antal vård- och omsorgsboenden med förekomst av covid-19 har varierat under pandemin. I figur 5 kan vi se att i slutet av april 2020 var smittspridningen som högst inom boendena, 60 boenden hade covid-19 och 350 brukare var smittade. Veckan därpå hade 64 boenden covid-19, med totalt 340 smittande brukare, vilket är det största antalet boenden med smitta som mätts upp inom staden. Under sommaren gick smittspridningen ner för att återigen nå en topp i slutet av november med 43 boenden med smitta och 191 smittade brukare.¹⁴

¹⁴ Äldreförvaltningen, 2021. Linjediagram särskilt boende.

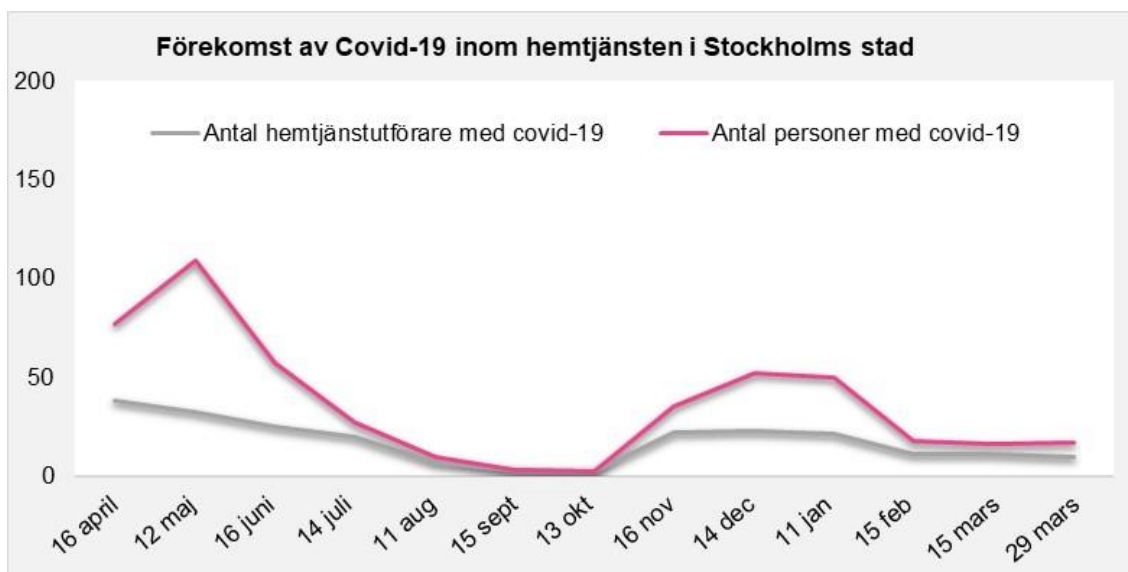


Figur 5: Förekomst av covid-19 på vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad

Av diagrammet framgår antal personer med konstaterad covid-19, exklusive personer som vistas på sjukhus eller på särskild korttidsplats för personer med covid-19, och antal särskilda boenden som har haft personer med konstaterad covid-19. Med särskilda boenden avses vård- och omsorgsboenden och servicehus.

På samma sätt har förekomsten av covid-19 varierat inom hemtjänsten och följt smittspridningen i samhället. Av figur 6 framgår att mot slutet av april hade som mest 39 hemtjänstutförare, av totalt 175 utförare, förekomst av covid-19 inom hemtjänsten, varav 97 brukare var smittade. I mitten av maj hade 32 hemtjänstutförare förekomst av covid-19, varav 109 brukare var smittade, vilket var det högsta antalet smittade brukare under perioden. Under sommaren gick smittspridningen ner för att återigen öka under december 2020 till januari 2021.¹⁵

¹⁵ Äldreförvaltningen, 2021. Linjediagram hemtjänst.



Figur 6: Förekomst av covid-19 inom hemtjänsten inom Stockholms stad

Av diagrammet framgår antal personer, exklusive personer som vistas på sjukhus, med konstaterad covid-19 och antal hemtjänstutförare som haft personer med konstaterad covid-19.

Antal avlidna av covid-19 inom Stockholms stad

Covid-19-pandemin har drabbat äldre mycket hårt. Nio av tio av de som dött av covid-19 i Sverige är över 70 år. En stor andel har avlidit på äldreboenden (38 procent), de flesta har avlidit på sjukhus (55,4 procent), dit de oftast kommit från ett ordinarie boende. Det här visar att covid-19 är en allvarlig sjukdom med stor dödlighet för många äldre, inte bara bland de mest sköra och multisjuka som bor på vård- och omsorgsboenden, utan även bland äldre som bor hemma och som kommer in för vård på sjukhus.

Pandemin har drabbat äldreomsorgen mycket hårt, såväl i Stockholms stad som i övriga delar av landet. Ett stort antal brukare har avlidit som resultat av att smittspridningen kom in på vård och omsorgsboendena. Av Socialstyrelsens statistik om avlidna i covid-19 har, den 6 juni 2021, sammanlagt 1 724 personer i Stockholms stad avlidit i covid-19 enligt dödsorsaksintyg. Av de avlidna hade 67 procent en insats från äldreomsorgen, 40 procent (692 personer) bodde på särskilt boende och 27 procent (465 personer) hade hemtjänstinsatser. Fördelningen i antal avlidna på vård- och omsorgsboenden liksom antal avlidna med hemtjänst följer genomsnittet för Stockholms län, liksom genomsnittet för Sverige.¹⁶

¹⁶ Socialstyrelsen, 2021. Avlidna i covid-19.



4. Inriktning, styrning och organisation

I det här kapitlet beskrivs inriktning, styrning och organisation kopplat till Stockholms stads hantering inom äldreomsorgen under covid-19-pandemin. Inriktningen handlar om de riktlinjer och direktiv som gällt under pandemin. Styrningen handlar om hur inriktningen kommunicerats och förmedlats vidare ut i organisationen. Beskrivning av hur organisationen fungerat under pandemin innefattar den roll- och ansvarsfördelning som gällt inom äldreomsorgen under pandemin, ledarskapets roll, tillgång till kompetens samt samverkan mellan aktörer internt och externt.

4.1. Inriktning och styrning

4.1.1. Inriktning för hantering av pandemin inom äldreomsorgen

Stockholms stads övergripande inriktning och mål återfinns i stadens budget. I ett tidigt skede formulerade stadsdirektören i dialog med den centrala krisledningen (CKL) en övergripande inriktning för hanteringen av pandemin. Under krisen har stadens krisledningsnämnd (KLN) och centrala krisledning (CKL) dessutom styrt via ett antal beslut och inriktningar. Den övergripande inriktning som äldreomsorgen haft att förhålla sig till under pandemin är den inriktning som gällt för staden som helhet.

Den övergripande inriktningen har varit att begränsa smittspridningen, upprätthålla prioriterade verksamheter, ha beredskap för en eskalerande situation samt verka för ökad trygghet genom att förstärka myndigheternas budskap. I tillägg till dessa fyra tillkom inriktningen att anpassa ordinarie verksamheter och uppdrag till rådande läge i augusti 2020.

Från intervjupersonerna framgår att det har varit tydligt formulerat och kommunicerat att Stockholms stad följer expertmyndigheternas rekommendationer. Inom äldreomsorgen har det framför allt handlat om underlag från Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Region Stockholm. Stadsdelsförvaltningarna och de privata utförarverksamheterna redogör för att de har varit noga med att följa den nationella inriktningen i form av riktlinjer och rekommendationer.

Stockholms stads övergripande inriktning anses av samtliga intervjupersoner ha varit tydlig och enkel att förstå och ta till sig. Den har fungerat som övergripande riktlinje för äldreomsorgens utförarverksamheter. Genom inriktningen har tydliga ramar satts för verksamheterna.

Den inriktning i form av beslut, riktlinjer och rekommendationer från nationella myndigheter och Region Stockholm, som mer specifikt handlat om äldreomsorg har inte varit lika tydlig och lätt att ta till sig. Det beror framför allt på den stora mängden information och att den kontinuerligt uppdaterats allteftersom ny kunskap tillkommit och läget förändrats. Mer om detta beskrivs i avsnitt 4.1.2. nedan.



CKL har arbetat med att analysera och tolka utvecklingen av pandemisituationen för att på så sätt stötta verksamheten. Under inledningen av pandemin, mars-april 2020, utgick CKL till stor del från expertmyndigheternas rekommendationer. Eftersom expertmyndigheterna under pandemins tidiga skede prioriterade sjukvården och rekommendationer till allmänheten upplevdes den kommunala omsorgen, och särskilt äldreomsorgen som något bortglömd. Detta lyfts även av Coronakommissionen som menar att Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen borde ha lagt mer vikt vid förhållandena på särskilda boenden.¹⁷ Stockholm stad vände sig till Folkhälsomyndigheten för att få vägledning och upplysa dem om de behov som fanns inom äldreomsorgen utan någon direkt framgång. Staden blev i detta läge något passiva i avvaktan på nationell eller regional vägledning. Detta framkommer även i Försvarshögskolans stabsutvärdering¹⁸ som menar att säkerhetsenheten och CKL:s situationsförståelse var relativt begränsad under slutet av februari till och med slutet av april 2020. Lägesbilderna var instrumentella där fokus var på att förmedla sammanställd information till förvaltningar och bolag, och saknade till stor del analytisk problem-inramning med syfte att förmedla på vilket sätt covid-19 skulle påverka stadens verksamheter i stort och vilka åtgärder det skulle kräva.

Av våra intervjuer har det framkommit önskemål om att CKL i ännu högre grad hade analyserat situationen, tolkat om den till vad det betyder för staden och specifikt för äldreomsorgen. Av intervjuerna framkommer önskemål om viss ökad proaktivitet från stadens sida avseende egen analys och förtydligande av expertmyndigheternas rekommendationer. Det kan exempelvis handla om besöksstoppet på vård- och omsorgsboenden och huruvida beslutet hade kunnat tas ännu tidigare. Det skulle också kunna avse tydlighet kring skyddsutrustning då riktlinjerna har skiljt sig åt mellan olika myndigheter och uppdaterats kontinuerligt, vilket har gjort det svårt för chefer och medarbetare att bedöma och agera korrekt i alla lägen. Inom området proaktivitet kan det handla om att staden i tidigt skede hade kunnat förutspå en omfattande smittspridning inom vård- och omsorgsboenden och därför förstärkt bemanningen på boendena med avseende på hälso- och sjukvård och omvårdnadskompetens som kan utföras av sjuksköterskor och undersköterskor. Proaktivitet kan också avse en mer samlad hantering i form av styrning och stöd till verksamheterna, i stället för att överlåta detta i hög grad till stadsdelsförvaltningarna och de privata utförarverksamheterna.

Liksom Stockholms stad har de privata aktörer som intervjuats i den här utvärderingen lagt en hel del resurser på att analysera och tolka situationen för att sedan kommunicera ut beslut och riktlinjer till verksamheten. Av intervjuerna framgår att ett flertal av de privata utförarna har lagt mycket tid på omvärldsanalys och egen tolkning. Krisledningen, som ofta utgjorts av personer på högsta ledningsnivå i flera av de privata bolagen, har varit aktiva i att söka förstå och tolka situationen. Den egna bedömningen av situationen har omprövats och utvecklats i takt med nya lärdomar och insikter om pandemins utveckling.

¹⁷ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 261.

¹⁸ Försvarshögskolan, 2020. Stabsutvärdering – Stockholms stads centrala krislednings (CKL) hantering av covid-19 under den initiala fasen, 4 februari – 1 september 2020. Sida 36–37.



Äldreförvaltningens ansvar är i såväl normala situationer som i en krisituation stadsövergripande samordning, utveckling och uppföljning av äldreomsorg. Inom dessa områden har äldreförvaltningens uppdrag och arbete intensifierats under pandemin då både samordning av hanteringen och utveckling av riktlinjer och stöd till verksamheterna varit centrala delar i krishanteringen. Även uppföljning av åtgärder och uppföljning av smittspridningen har legat på äldreförvaltningen. I ett tidigt skede, redan den 10 mars 2020, gick äldreförvaltningen ut med en beredskapsplan för hälso- och sjukvård vid misstänkta eller konstaterade fall av covid-19 i särskilda boenden.¹⁹ Beredskapsplanen togs fram i samarbete med stadens medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Beredskapsplanen har ändrats vid flera tillfällen och är vid skrivandets stund reviderad i en version 8. En beredskapsplan har även tagits fram för hemtjänst och nu gällande plan är version 2. Därutöver har äldreförvaltningen tagit fram andra riktlinjer och stöd till verksamheterna som finns samlade på stadens hemsida. Däribland egna filmer och instruktioner om basala hygienrutiner och skyddsutrustning för personal. Se vidare i avsnitt 4.1.2 Kommunikation och styrning samt 4.2.1 Roll- och ansvarsfördelning.

Sammanfattningsvis kan konstateras att Stockholms stads inriktning har varit tydlig på en övergripande nivå. Det betyder att den har varit enkel att förstå och ta till sig. Däremot har det funnits önskemål om att inriktningen hade utvecklats inom äldreomsorgen för att vara mer vägledande, särskilt för utförarverksamheterna. Det har också funnits önskemål om viss ökad proaktivitet från stadens sida avseende egen analys och förtydligande av expertmyndigheternas rekommendationer. Här kan tilläggas att det i ett tidigt skede saknades vägledning och fokus från expertmyndigheterna kring äldreomsorgen och de kommunala verksamheterna – fokus var i hög grad på sjukvården och information till allmänheten.

De privata utförarna som har intervjuats uppger att koncernorganisationen på central nivå har lagt ner mycket tid och resurser på omvärldsbevakning och analys som grund för beslut och stöd till verksamheten.

4.1.2. Kommunikation och styrning

När covid-19-pandemin bröt ut uppstod hastigt ett stort behov av information om pandemin och dess påverkan på Stockholms stads verksamheter och särskilt inom äldreomsorgen. Händelser, utveckling och nya riktlinjer från regeringen, expertmyndigheter och Region Stockholm inhämtades, tolkades och förmedlades. Det fattades en mängd beslut och togs fram interna riktlinjer, rekommendationer och rutiner för äldreomsorgen.

Den interna kommunikationen var inte helt samordnad och koordinerad i början av pandemin. Beslut och information kommunicerades till stadsdelsförvaltningarna från flera olika håll och i princip samtliga intervjupersoner vittnar om att informationsflödet inledningsvis var omfattande och spretigt.

¹⁹ Stockholms stad, 2021. Beredskapsplaner och smittförebyggande åtgärder covid-19.



Information om beslut, riktlinjer och rekommendationer har kommit från expertmyndigheter, Region Stockholm liksom från staden; KLN, CKL, personalstrategiska avdelningen (PAS) och äldreförvaltningen. Informationen har gått till stadsdelsdirektörer, avdelningschefer för äldreomsorg, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och enhetschefer. Informationen har förmedlats via webb, intranät, mail och informationsmöten. Information till privata utförare har skickats från äldreförvaltningen.

Information och beslut har även skickats direkt till utförarverksamheterna från Region Stockholm (Smittskydd Stockholm och Vårdhygien). Stadsdelsförvaltningarnas ledning, äldreförvaltningen och utförarverksamheterna har också själva följt utvecklingen via presskonferenser och webbsidor och på så sätt tagit del av information från expertmyndigheter såsom Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Utifrån Region Stockholms ansvar för det medicinska stödet till boenden har regionen i vissa fall fattat och kommunicerat sådana beslut som berör den kommunala hälso- och sjukvården. Det kan handla om konkreta beslut och riktlinjer som till exempel *Riktlinje för covid-19 inom Särskilt boende för äldre*.²⁰

"Informationen har framför allt kommit från medicinskt ansvarig sjuksköterska men även avdelningschef, ibland samma information från båda. På senare tid även från äldreförvaltningen." (Enhetschef, VoB)

Av intervjuerna framgår att informationsflödet har varit mycket omfattande och stundom svårt att kontinuerligt vara uppdaterad kring. Information har flödat i flera kanaler för att säkra att rätt personer har tillgång till den senaste informationen.

Den stora mängden information har tagit mycket tid i anspråk för stadsdelsförvaltningarnas ledning att läsa, tolka, sortera, sammanställa och paketera för vidare kommunikation till utförarverksamheterna. Det har framför allt varit avdelningschef för äldreomsorg och medicinskt ansvarig sjuksköterska som fått ägna mycket tid till att hantera den stora mängden information. Men det skiljer sig också åt mellan stadsdelsförvaltningar och det förekommer även att det inte skett någon större bearbetning på ledningsnivå utan att informationen skickats vidare direkt till enhetschefer för utförarverksamheterna. Detta har då inneburit att enhetscheferna behövt tolka, sortera och hantera informationen innan den förmedlats vidare till verksamheten – något som har krävt mycket resurser i en redan ansträngd situation.

"Informationen har flödat in från alla håll. Vi har lagt ett jättejobb på att paketera och skicka ut information. Informationsvägarna är en jätteviktig del i en större organisations krishantering." (Medicinskt ansvarig sjuksköterska, stadsdelsförvaltning)

Det har inte alltid varit tydligt för stadsdelsförvaltningarna vilka rekommendationer och riktlinjer som gällt vilken verksamhet (vård- och omsorgsboenden, LSS eller hemtjänst), vilket har inneburit att en sådan bedömning behövt göras inför vidare kommunikation till den egna utförarverksamheten.

²⁰ Region Stockholm, 2021. Riktlinjer för covid-19 inom Särskilt boende för äldre (SÄBO).



I vissa fall har det varit svårt att bedöma vad som varit ny information och vad som har ändrats sedan tidigare version. Den information som skickats ut från Region Stockholm har exempelvis inte alltid varit daterad. Detta har inneburit att stadsdelsförvaltningarnas ledning eller enhetscheferna själva fått gå igenom olika informationsutskick och jämföra för att förstå vilken som är den senaste versionen och vad av innehållet som uppdaterats.

Även information från Stockholms stad kan ibland ha varit svår att följa då ny information uppdaterats kontinuerligt, i vissa fall flera gånger per dag. Det har inneburit en utmaning för verksamheterna då det har funnits en förväntan om direkt agerande på nya beslut. Ett sådant exempel är CKL:s beslut om upprättande av förstärknings-team inom hemtjänsten.

Vid flera tillfällen har riktlinjer och beslut också kommunicerats i media innan stadens centrala funktioner har informerat stadsdelsförvaltningarna, till exempel gällande besöksstoppet. Det har inneburit att stadsdelsförvaltningarna i vissa fall tvingats agera på denna information omgående, även om information om beslutet inte har hunnit förmedlats. Det finns också exempel där anhöriga har kontaktat vård- och omsorgsboenden och ställt frågor kring nya riktlinjer som de fångat upp via media, men som medarbetare på boendet ännu inte varit informerade om.

”Det har varit rörigt med kommunikationen och mycket har lagts på enhetschefsnivå att besluta om. Exempelvis besöksförbud och lokala undantag. Det kan inte vara rätt att hantera en pandemi på olika sätt utifrån vem som är ansvarig chef.” (Enhetschef, VoB)

Information om beslut, riktlinjer och rekommendationer har förmedlats till medarbetare i utförarverksamheterna via till exempel arbetsplatsträffar (APT) och särskilda covid-möten. Därtill har informationsblad och instruktioner satts upp på dörrar och väggar i lokalerna. Se vidare kring detta i avsnitt 5.4.2. som berör utbildning och stöd till medarbetare avseende basala hygienrutiner och skyddsutrustning.

De privata utförarna har haft ett något annat arbetssätt där bolagen på central nivå haft ett större ansvar i att bearbeta och paketera information till verksamheterna. Det kan exempelvis vara en intern kvalitetsavdelning som satt samman information utifrån beslut, riktlinjer, rekommendationer som ska gälla för verksamheterna. Detta har underlättat för enhetscheferna som i högre grad har erhållit underlag att direkt agera på utan att själva behöva bearbeta eller paketera. Det har också bidragit till att öka enhetligheten mellan verksamheter. Den centrala funktionen har baserat sitt stöd på en analys och bedömning av situationen som gjorts kontinuerligt under pandemin.

De privata aktörerna har många gånger också bearbetat informationen så att den paketerats i visuellt format eller i filmer för att underlätta kommunikationen ut i verksamheten till medarbetare, särskilt för att överbrygga språkrelaterade utmaningar.

Det finns exempel på en privat utförare som använt en egenutvecklad app för att kommunicera till medarbetare i verksamheterna. I appen har information om nya beslut och riktlinjer skickats ut och visualiserats på ett tydligt sätt. Notifikationer har gått



ut för att uppmärksamma medarbetare om ny information. I appen har även olika former av digitala utbildningar i till exempel basala hygienrutiner funnits att tillgå. Huruvida medarbetarna tagit del av informationen har följts upp genom appens uppföljningsfunktion. Appen var planerad att tas fram redan innan pandemin men har visat sig vara särskilt viktig under denna situation. Appen bedöms ha varit ett effektivt kommunikationsmedel i en arbetsmiljö där det annars är relativt svårt att nå ut till med enkel och tydlig information till medarbetarna.

Stöd från äldreförvaltningen

En viktig uppgift för äldreförvaltningen har varit att fånga behov hos utförarverksamheterna och ta fram underlag för beslut till CKL och KLN, samt att i nästa skede kommunicera beslut och ta fram anvisningar och rutiner till verksamheterna. Mycket av informationen rörande hanteringen av pandemin inom äldreomsorgen skickades inledningsvis direkt från CKL via stadsdelsförvaltningarnas ledning till utförarverksamheterna. Under våren 2020 började också en del beslut och riktlinjer förmedlas via äldreförvaltningen direkt till utförarverksamheter. Detta inleddes då äldreförvaltningen började ta ett mer samordnat ansvar för hantering av frågor kopplat till pandemin. Information skickades ut via mail från äldreförvaltningen till enhetscheferna inom såväl egen regi som entreprenad och privat regi. Utskicken från äldreförvaltningen har av flera uppfattats positivt då man löpande fått uppdaterad information. Det har dock framkommit en del reaktioner på att äldreförvaltningen gått ut med information direkt till utförarverksamheterna då man anser att man passerat stadsdelsförvaltningarnas ledning och styrt utförarverksamheterna utan att följa linjen.

Äldreförvaltningen initierade tidigt digitala avstämningsmöten med utförare inom vård- och omsorgsboenden och hemtjänst via Skype. Inom hemtjänst har äldreförvaltningen redan innan pandemin haft återkommande informationsmöten med hemtjänstutförare i såväl egen regi, som privat och på entreprenad. Inom vård- och omsorgsboenden var mötena inledningsvis enbart för privata utförare då äldreförvaltningen ansvarar för avtalen och dialogen med dessa. Från maj 2020, bjöds även utförare på entreprenad och i egen regi in till dessa möten. Mötena hade fokus på informationsdelning, men utgjorde även en del i synkronisering och erfarenhetsutbyte mellan verksamheter. Mötena har även fungerat som avstämningar kring hur det sett ut i verksamheterna och utförarverksamheterna har haft möjlighet att lyfta frågor och utbyta erfarenheter. De privata aktörerna har ansett att dessa avstämningsmöten varit viktiga för att ha en nära dialog med staden och för att diskutera gemensamma frågor och dela erfarenheter.

Äldreförvaltningens direktkommunikation med utförarverksamheterna i egen regi och på entreprenad har uppfattats olika mellan stadsdelsförvaltningarna. I intervjuerna framkommer att några tycker att det har varit bra då informationen snabbt nått utförarverksamheterna och att äldreförvaltningen gärna hade fått ta ett ännu större ansvar i kommunikationen. De flesta anser dock att det skapat svårigheter för stadsdelsförvaltningarna när informationen inte följt linjen då enhetschefer fått information om beslut och riktlinjer före stadsdelsdirektörer och avdelningschefer för äldreomsorgen. En del menar att detta skapat svårigheter för dessa chefer att kunna styra och leda verksamheten.



"Ibland kanske äldreförvaltningen hade kunnat vara mer delaktiga och drivande, exempelvis i förhållande till regionen och läkarorganisationen." (Enhetschef VoB)

Äldreförvaltningen har även arbetat med att ta fram riktlinjer, checklistor och olika typer av stöd till verksamheterna. Över lag har stödet från äldreförvaltningen uppfattats som positivt från stadsdelsförvaltningarna och de privata aktörerna. En del anser dock att äldreförvaltningen inledningsvis låg steget efter. De menar att äldreförvaltningen skulle ha agerat snabbare och tagit större ansvar i att samordna hanteringen av pandemin. Det finns också en förståelse för att staden är en stor organisation med många olika aktörer som ska synkas i en fråga, vilket inneburit att äldreförvaltningen ibland tvingats invänta information och direktiv från olika håll. Ofta hade utförarverksamheterna redan agerat när informationen kom från äldreförvaltningen. Exempel på detta är säkra besök. Det fanns tidigt under pandemin inga tydliga riktlinjer eller rutiner kring säkra besök. En del boenden agerade själva, men upplevde det också som svårt att kommunicera till anhöriga när det inte fanns något samlat grepp inom staden. Först senare kom äldreförvaltningen med tydligheter kring vad som gäller vid säkra besök vilket underlättade för verksamheterna. Senare under våren uppges äldreförvaltningen ha blivit snabbare i sitt agerande gentemot utförarverksamheterna.

Sammanfattningsvis görs bedömningen att information i form av beslut, riktlinjer och rekommendationer som nått stadsdelsförvaltningarna och de privata utförarverksamheterna har varit mycket omfattande. Information har kommit från många olika håll och det har varit en stor utmaning för verksamheterna att sortera i det stora informationsflödet. Det har tagit mycket tid i anspråk för stadsdelsförvaltningarnas ledning och/eller enhetschefer att analysera och bearbeta informationen och i nästa steg omsätta och kommunicera detta i verksamheterna. Det skiljer sig också mellan stadsdelsförvaltningar hur pass stödjande stadsdelsförvaltningens ledning varit respektive hur mycket som har fått hanteras av enhetschefer och utförarverksamheterna själva.

Äldreförvaltningen har haft en viktig roll i hantering av covid-19-pandemin och samman kallat och samordnat ett stort antal olika möten och utvecklingsarbeten. Det finns skillnader i synen på äldreförvaltningens agerande som handlar både om att förvaltningen tagit på sig för mycket ansvar och gått utanför linjen, respektive för lite ansvar i en samlad hantering av pandemin. Äldreförvaltningen själva menar att de har gjort det som varit möjligt utifrån förutsättningar och utifrån vad som då bedömdes som det mest lämpliga.

Det upplevs finnas en otydlighet kring ansvar för kommunikationen. För att vara på den säkra sidan är bilden att all information har skickats till alla. Ansvaret för äldreomsorgen är spritt i staden även under kris; mellan äldreförvaltningen, stadsdelsförvaltningarna och CKL/KLN vilket bedöms ha bidragit till oklarhet kring vem som ansvarar för vad i kommunikationen.



4.1.3. Uppföljning och återkoppling

Uppföljningen har för de flesta verksamheter sett annorlunda ut under pandemin än under ordinarie förhållanden. Till exempel har den ordinarie verksamhetsuppföljningen, såsom uppföljning av verksamhetsmål kopplat till verksamhetsplaner (med något enstaka undantag), fått stå tillbaka under krisen. Vissa verksamheter har under hösten 2020 kunnat återta en del av den ordinarie verksamhetsuppföljningen men de flesta även under hösten har låtit den vara pausad. Förutom verksamhetsuppföljning har även stadens avtalsuppföljning (avtal med privata aktörer) samt centralt genomförda observationer och kvalitetskontroller pausats under pandemin, då det inte bedömts vara lämpligt att besöka verksamheterna under rådande omständigheter.

Uppföljningen har i stället koncentrerats till uppföljning av den dagliga verksamheten såsom smittspridning (antal brukare med bekräftad smitta samt antal brukare med misstänkt smitta). Smittspridningen har som regel följts upp flera gånger i veckan och rapporterats till äldreförvaltningen. Rapporteringen till äldreförvaltningen har skett via särskilda enkäter med frågor om smittläget, smittspårning, antal provtagna, etc. Enkätsvaren har sammanställts veckovis och återkopplats via stadens lägesbilder. Frekvensen i rapportering kring smittspridning har varierat från en gång per vecka till dagligen beroende på period under pandemin.

Uppföljningen har också koncentrerats till att granska följsamheten avseende basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning. På verksamhetsnivå har egenkontroller genomförts avseende efterlevnad av basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning. Uppföljning av efterlevnad av basala hygienrutiner bedöms ha utgjort fokus för uppföljning inom utförarverksamheterna under pandemin.

I normalfallet följer äldreförvaltningen upp efterlevnad av basala hygienrutiner genom verksamhetsförlagda inspektioner och kvalitetsobservationer på vård- och omsorgsboenden men som nämnts ovan har dessa pausats under pandemin för att undvika onödiga besök. I stället genomförde äldreförvaltningen en granskning av arbetskläder i hemtjänsten. Granskningen visade att basala hygienrutiner och arbetskläder var ett fortsatt utvecklingsområde²¹, mer om detta i avsnitt 6.4.1.

Verksamheterna har också fokuserat på uppföljning av personalens arbetsbelastning och frånvaro. Detta har gjorts som en del av arbetsmiljöarbetet samt för att kunna bedöma behovet av personalresurser under krisen.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att uppföljningen under pandemin har sett annorlunda ut för de flesta verksamheter jämfört med normalfallet. Det är framför allt ordinarie verksamhetsuppföljning som har fått stå tillbaka samt stadens avtalsuppföljning och centralt genomförda observationer och kvalitetskontroller. Fokus har i stället varit på uppföljning av den dagliga verksamheten, smittspridning, efterlevnad av basala hygienrutiner samt personalens arbetsbelastning och frånvaro.

²¹ Äldreförvaltningen, 2020. Äldreförvaltningens granskning av arbetskläder. Dnr 4.3-316/2020.



4.2. Organisation

4.2.1. Roll- och ansvarsfördelning

Under covid-19-pandemin har hanteringen av äldreomsorgen organiserats genom ett samspel mellan CKL, äldreförvaltningen samt stadsdelsförvaltningarna. CKL har haft ansvaret att leda och samordna den samlade krishanteringen. Äldreförvaltningen har haft en central roll i att bidra med underlag inför beslut till KLN och CKL, samt ansvara för att leda och stödja arbetet med att utarbeta stöd och riktlinjer för äldreomsorgen under pandemin. Äldreförvaltningen är också avtalsansvarig för privata utförare och har i ansvar att föra dialog med dessa. Stadsdelsförvaltningarna har, liksom under normala förhållanden, verksamhetsansvaret för äldreomsorgen i egen regi och avtalsansvar för verksamheter på entreprenad.

CKL:s uppdrag kan liknas vid det uppdrag som SLK har i vanliga fall. I vissa avseenden har det varit svårt att skilja mellan vem som agerar i en fråga, om det är CKL eller om det är SLK. Att det inte är tydligt är inte heller förvånande, då flera av de centrala funktionerna inom CKL även har centrala roller på SLK i normalfallet.

Äldreförvaltningen har haft nära kontakt med analysfunktionen inom ramen för CKL. Under inledningen av pandemin hade man daglig kontakt för att hantera akuta frågor. Äldreförvaltningen har utarbetat underlag för de flesta beslut hos CKL och KLN som rör äldreomsorg. Samarbetet uppges ha fungerat väl och CKL har varit lyhörd för de behov inom äldreomsorgen som äldreförvaltningen har lyft och har relativt snabbt tagit upp ärenden för beslut. Det har dock inte funnits någon funktion från äldreförvaltningen i vare sig analysfunktionen eller i det beslutsfattande organet CKL vilket har lyfts fram av äldreförvaltningen som en utmaning. En mer aktiv roll i CKL hade möjliggjort en mer naturlig informationsöverföring som äldreförvaltningen snabbt hade kunnat agera på och förmedla till verksamheterna.

Det har vidare framkommit tankar om CKL och analysfunktionen har varit tillräckligt bemannade avseende expertis gällande äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Behov av förståelse och gedigen erfarenhet från äldreomsorgen liksom hälso- och sjukvårdskompetens ses som centralt för att vara relevant och fatta rätt beslut i kritiska lägen. Även för en relevant omvärldsbevakning och för att kunna identifiera kommande frågor krävs en förståelse för verksamheten, dess kultur och det system som äldreomsorgen befinner sig inom (med olika huvudmän och dess roller).

Roll- och ansvarsfördelningen mellan CKL och stadsdelsförvaltningarna anses ha varit tydlig. Stadsdelsförvaltningarna har ett tydligt verksamhetsansvar med ett stort eget ansvar för styrning och ledning av den egna verksamheten. Det gäller både under ordinarie omständigheter och i krissituationer. I stadens säkerhetsprogram fastslås att ansvarsprincipen gäller i staden, vilket innebär att de som ansvarar för en verksamhet under normala förhållanden också gör det under en kris (Säkerhetsprogram 2020 - 2023²²). I säkerhetsprogrammet anges också att en tydlig ansvarsfördelning mellan

²² Stockholms stad, 2019. Stockholms stads säkerhetsprogram 2020–2023. Dnr KS 2019/1543



central och lokal nivå och mellan olika funktioner i verksamheten är en viktig förutsättning för ett effektivt säkerhetsarbete.

Mellan äldreförvaltningen och stadsdelsförvaltningarna har roll- och ansvarsfördelningen däremot inte varit lika tydlig. Som beskrivits öger stadsdelsförvaltningarna verksamhetsansvaret för egen regi, vilket enligt ansvarsprincipen även gäller i kris-situationer. I äldreförvaltningens roll ligger ett ansvar att samla kommunövergripande frågor inom äldreomsorg. Som nämnts tidigare har äldreförvaltningen bland annat gjort detta genom att kommunicera direkt, även med verksamheter i egen regi och på entreprenad, gällande beslut och riktlinjer för hantering av pandemin. Detta har av flera stadsdelsförvaltningar uppfattats som att äldreförvaltningen inte har följt linjen och brutit mot ansvarsprincipen.

Äldreförvaltningen har själva sett dessa initiativ som ett led i sin roll att samordna hanteringen av pandemin inom staden. Det är äldreförvaltningens uppfattning att de har fått ett utökad mandat under pandemin att samordna hanteringen, säkerställa likställighet och erbjuda hjälp och stöd till stadsdelsförvaltningarna. De skulle både ta fram stöd och riktlinjer utifrån beslut från CKL, men även stöd avseende sådant som initierats av äldreförvaltningen själva. Detta mandat har inte formaliserats eller kommunicerats tydligt till stadsdelsförvaltningarna vilket troligen har bidragit till otydlighet kring ansvarsfördelning.

Det har inte varit helt tydligt för äldreförvaltningen eller stadsdelsförvaltningarna vad som ligger i äldreförvaltningens ansvar att samordna kommunövergripande frågor under kris. Några intervjupersoner från stadsdelsförvaltningarna har också varit något frågande till om äldreförvaltningen har haft tillräckligt med resurser och kompetens samt rätt förutsättningar för att ta en central samordnade roll under pandemin.

Vad gäller rollfördelningen inom stadsdelsförvaltningarnas ledning upplevs den ha varit tydlig under pandemin för de stadsdelsförvaltningar som intervjuats. Krisledningen har aktiverats²³ i fyra av de sex stadsdelsförvaltningarna som igång i urvalet, vilket inneburit att man utökat ordinarie ledning med ytterligare nyckelpersoner såsom till exempel medicinskt ansvarig sjuksköterska, kommunikatör och i vissa fall säkerhetsansvarig. Oavsett om stadsdelsförvaltningen aktiverat sin krisledning eller inte så har ett mer intensivt krisarbete präglat arbetet inom ledningen. Som en del i krisledningsarbetet har handlingsplaner upprättats inom respektive stadsdelsförvaltning på uppdrag av CKL. Stadsdelsförvaltningarna har också haft olika arbetsätt för att föra loggbok eller noteringar om dagsaktuella händelser.

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna har haft ett stort ansvar och en mycket viktig roll under pandemin. Uppdraget för denna roll regleras i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen och innefattar bland annat ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens

²³ Hägersten-Älvsjö, Hässelby-Vällingby, Norrmalm och Rinkeby-Kista har aktiverat krisledning. Enskede-Årsta-Vantör och Södermalm har inte det.



ansvarsområde. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna har nästintill uteslutande ingått i stadsdelsförvaltningarnas krisledning/ledningsgrupp under pandemin. Rollen som medicinskt ansvariga sjuksköterska ser dock olika ut mellan stadsdelsförvaltningar. Rollen har redan före pandemin varit olika placerad rent organisatoriskt samt tolkats och utövats på olika sätt. Delvis beroende på stadsdelsförvaltningens storlek och hur verksamheten i egen regi och på entreprenad ser ut i inom stadsdelen, men också beroende på hur man själv har valt att forma sitt uppdrag och hur stadsdelsförvaltningen har arbetat sedan tidigare. I vissa fall har de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna andra roller vid sidan av den centrala uppgiften, medan andra är helt fokuserade på kärnuppdraget enligt HSL. Det har således funnits skillnader redan innan pandemin kring de medicinskt ansvariga sjuksköterskornas arbetsuppgifter.

I de flesta fall har de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna haft rollen som samordnande, informerade, rådgivande, styrande, uppföljande och kontrollerande under pandemin. De har bland annat haft en viktig roll i att tolka beslut, riktlinjer och rekommendationer från nationella myndigheter och Region Stockholm och förmedla detta till verksamheten. Några har även varit aktiva i att praktiskt finnas som stöd till enhetschefer och besökt verksamheterna kontinuerligt, medan andra enbart funnits som stöd digitalt eller per telefon. Det finns de som menar att ett mer omfattande stöd utifrån denna ansvarsroll skulle ha bidragit till större stabilitet och enhetlighet i hälso- och sjukvårdsfrågor mellan verksamheterna under pandemin.

Av ett antal intervjuerna framkommer att de medicinskt ansvariga sjuksköterskornas olika synsätt på sin roll och deras arbetssätt har tydliggjorts under krishanteringen och i vissa sammanhang inneburit utmaningar i att landa i ett gemensamt tillvägagångssätt. Utförarverksamheterna har fått olika stöd beroende på medicinskt ansvarig sjuksköterska vilket i sig kan ha påverkat deras förutsättningar och agerande.

Under krisen initierades också ett antal nya roller lokalt på vissa stadsdelsförvaltningar. Exempel på särskilda roller som etablerades under våren 2020 är hygienombud och kliniska adjunkter, digitala fixare och praktikantsamordnare som utbildar eller ger råd kring vårdhygien. Hygienombuden och praktikantsamordnarna stöttade verksamheterna i utbildning och rådgivning avseende basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning. De utgjorde ett viktigt stöd och avlastade de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna, enhetschefer och sjuksköterskor i arbetet med att höja kunskapen och kompetensen hos medarbetare. De digitala fixarna stöttade brukare och verksamheterna i digitala lösningar och utbildningar för att kunna sköta en del av verksamheten digitalt under pandemin.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det är viktigt att roll- och ansvarsfördelningen är tydlig under en kris för att skapa förutsättningar för snabbt och tydligt agerande inom olika områden. Samspelet mellan CKL och äldreförvaltningen har fungerat väl under pandemin. Äldreförvaltningen lyfter dock fram att det hade varit av värde om de hade haft en roll närmre CKL:s beslutsprocess i syfte att förmedla information såväl in till CKL som till verksamheterna.

Generellt upplevs roll- och ansvarsfördelningen ha fungerat väl inom stadsdelsförvaltningarna. Det finns dock vissa skillnader mellan stadsdelsförvaltningar



hur de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna har arbetat som troligen har påverkat det stöd som verksamheterna har fått. Synen på denna roll och ansvar skiljde sig något åt mellan stadsdelsförvaltningarna redan innan pandemin, och grundar sig delvis på person och delvis på hur de har arbetat inom stadsdelsförvaltningen historiskt. Funktionen är vidare placerad rent organisatoriskt på olika sätt vilket kan påverka förutsättningarna att agera som medicinskt ansvarig sjuksköterska inom sitt ansvarsområde. Under pandemin har vissa stadsdelsförvaltningar valt att utnyttja denna roll på olika sätt, bland annat genom att även ge stöd och rådgivning till andra verksamhetsområden inom stadsdelen som hemtjänst och förskola.

Det har framkommit att det funnits otydligheter kopplat till äldreförvaltningens ansvar och mandat under krisen som skapat reaktioner hos stadsdelsförvaltningarna. Äldreförvaltningen upplever att de har fått ett utökat mandat att samordna hanteringen under pandemin. Detta har dock inte kommunicerats till stadsdelsförvaltningarna vilket bidragit till otydlighet kring ansvarsfördelning. Det finns de som menar att äldreförvaltningen har gjort för mycket och de som menar att de hade kunnat göra mer för att säkerställa enhetlighet och underlätta för verksamheterna.

4.2.2. Ledarskapets roll

Hanteringen av äldreomsorgen under covid-19-pandemin har varit starkt beroende av hur ledarskapet fungerat. Det handlar både om ledarskapet på stadsdelsförvaltningen centralt, det vill säga stadsdelsdirektör och avdelningschef för äldreomsorg, men främst ledarskapet på enhetschefsnivå. Det har framför allt varit viktigt med ett närvarande ledarskap, vilket tagit sig olika uttryck beroende på chefsnivå. För stadsdelsdirektörer och äldreomsorgschefer har det handlat om frekventa avstämningsmöten med underställda chefer, medan det för enhetschefer även har handlat om att vara fysiskt på plats i verksamheten. Det har varit viktigt för att snabbt kunna fatta beslut, för att skapa en tydlighet i rutiner och nya arbetssätt men framför allt för att stödja, coacha och skapa ett lugn bland oroliga och osäkra medarbetare.

Avdelningscheferna för äldreomsorg har haft en viktig roll i att bygga förtroende och skapa trygghet hos sina enhetschefer för utförarverksamheterna. Under inledningen av pandemin har flera av de avdelningschefer vi talat med haft kontinuerlig, nästintill daglig, kontakt med sina enhetschefer. Både för att muntligt informera om ny information och nya beslut samt för att diskutera utmaningar och frågor. Avstämningarna har antingen varit via telefon eller via återkommande skypemöten. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna har varit nära inkopplade och bidragit med kunskap utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Några intervjupersoner berättar att ledningsgruppen har kommit varandra närmre under pandemin då de haft täta avstämningar och stöttat varandra under krisen. Några redogör också för att avdelningschefen och enhetschefer har avlastat varandra och täckt upp för varandra då någon har behövt ledighet.



"Vi har haft skypemöten dagligen med enhetschefer, medicinskt ansvarig sjuksköterska liksom för rehabilitering, och utredare där vi gått igenom situationen kring smitta, sjukfrånvaro, etc." (Avdelningschef äldreomsorg, stadsdelsförvaltning)

Oron bland medarbetare som infann sig tidigt under pandemin har framför allt haft att göra med den osäkerhet som fanns kring covid-19-viruset och smittorisken i kombination med bristen på skyddsutrustning. Under hösten 2020 infann sig ett annat lugn i verksamheterna då kunskapen om viruset var större och då nya arbetssätt och rutiner hade arbetats in. Den här omställningen har ställt krav på ett ledarskap där chefen klivit in, varit hos personalen, förklarat och visat samt skapat ett lugn genom att visa att man inte är rädd. Ledaregenskaper som lyfts som viktiga och som karaktäriserat ledarskapet under krisen är till exempel att vara kommunikativ, tydlig, modig, närvarande, tillgänglig, rådgivande, coachande och uppföljande.

Förmågan att utöva ett sådant ledarskap har skiljt sig åt mellan chefer. På många håll, både inom vård- och omsorgsboenden och hemtjänsten, har ledarskapet fungerat väl och cheferna har lyckats att skapa ett lugn och en tydlighet i hur man förväntas agera i olika situationer. På andra håll har ledarskapet fungerat mindre väl och cheferna själva blivit oroliga och därmed inte klarat av att skapa lugn bland oroliga medarbetare.

Det finns exempel på verksamheter som har haft stöd i ledarskapet genom att enhetschefer på olika nivåer stöttat varandra (bland annat biträdande enhetschefer), men också genom att enhetschefer för olika verksamheter tagit stöd av varandra. Det finns också exempel där enhetschefer har haft väldigt lite stöd och i hög grad stått ensamma i att hantera en verksamhet och pågående situation. Det ser olika ut mellan stadsdelsförvaltningar och privata bolag kring hur detta har hanterats och beror delvis på storleken på utförarverksamheterna, där chefer för mindre verksamheter tenderar att ha varit mer ensamma. Vi har stött på några få exempel där förvaltningar tagit hjälp av så kallade konsultchefer för att hjälpa till och stötta ledarskapet och ordinarie chefer. Denna hjälp tenderar dock ha använts först i extremfall vid hög frånvaro eller hög belastning. Enhetschefer och biträdande chefer har också turats om att ha helgberedskap för att själva få ledighet och avlastning. Det har varit viktigt för samtliga verksamheter att säkerställa att det alltid funnits någon chef tillgänglig för att svara på frågor från personal under kvällar, nätter, helger och semesterperioder.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att ledarskapet har visat sig mycket viktigt under krisen. Det har varit viktigt för att skapa ett lugn bland medarbetare och för att skapa en tydlighet kring nya arbetssätt och rutiner. Ledarskapet har på det hela taget fungerat bra då många chefer klivit fram och lett verksamheten på ett tydligt sätt. Sedan finns det andra chefer som själva blivit oroliga för smittan och inte mäktat med att agera som de goda ledare som kanske hade behövts. Enhetschefer har ofta varit högt belastade och har i den mån det varit möjligt tagit stöd av varandra för att säkerställa att det finns ett närvarande ledarskap i verksamheten.



4.2.3. Bemanning och kompetens

Under våren 2020 uppstod en hög sjukfrånvaro bland medarbetare, både på grund av konstaterad smitta och misstänkt smitta men även på grund av vård av barn samt på grund av oro för att själv bli smittad av covid-19. De som var oroliga och rädda sjukskrev sig, vilket också underlättades av att krav på läkarintyg och karensavdrag avskaffades liksom att sjukskrivningsperioden förlängdes till 21 dagar. Det är svårt att veta hur stor del av frånvaron som beror på oro för smittorisken, men bedömningen bland intervju-personerna är att en del av personalen i verksamheterna valde att hålla sig hemma på grund av rädsla för att bli smittad på arbetet. Vidare uppstod en ökad frånvaro på grund av vård av barn som en följd av att barn inom skola och förskola skickades hem vid minsta förkylningssymtom. Även på chefsnivå har det funnits en frånvaro till följd av sjukdom och vård av barn.

Den höga frånvaron kom att skapa utmaningar avseende bemanning, såväl på ledningsnivå inom stadsdelsförvaltningarna som i utförarverksamheterna. Staden insåg tidigt att detta behövde hanteras och redan i slutet av mars 2020 (från 23 mars) gick personalstrategiska avdelningen (PAS) på SLK ut med direktiv till stadsdelsförvaltningarna om att överbemanna genom att ta in extrapersonal för längre perioder, ta kontakt med bemanningsföretagen och boka upp resurser samt använd möjligheterna till frivilliga förflyttningar mellan verksamheter. Inriktningen var att överkapacitet skulle vara det nya normala och stadsdelsförvaltningarna ombads att säkra upp alla tänkbara resurser. Direktiven gick från PAS till HR-cheferna på stadsdelsförvaltningarna som i sin tur ombads att ta hjälp av stadsdelsdirektörer och avdelningschefer inom äldreomsorg för att få cheferna i verksamheten att bemanna upp. Personaldirektören på SLK har skickat kvälls-mail till HR-cheferna sedan starten av pandemin. I mars och april 2020 gick det ut mail varje dag, i maj två dagar i veckan och därefter en gång per vecka. Första halvåret gick mail även till stadsdelsdirektörer och facket för att hålla dessa informerade.

Av intervjuerna framgår att man i huvudsak har hanterat bemanningen inom den egna stadsdelsförvaltningen och i utförarverksamheten respektive hos de privata utförare som ingått i utvärderingen. Stadsdelsförvaltningarna har lagt ner mycket arbete på att rekrytera extra personal till verksamheterna och har omfördelat personal mellan verksamheter, exempelvis från förskola och hemtjänst till vård- och omsorgsboenden när så möjliggjorts. Hos de privata aktörerna har det varit vanligt att bolagets centrala HR-funktion bistått i rekrytering av personal till verksamheterna. Hur bemanningen har hanterats i verksamheterna beskrivs mer utförligt i avsnitt 5.2.1 för vård- och omsorgsboenden och 6.2.1 för hemtjänst.

För att stötta verksamheterna ytterligare fattade CKL i mars 2020 beslut om att upprätta en central bemanningsfunktion. Bemanningfunktionen fick i uppdrag att samordna rekryteringen av personal för resursförstärkning inom kritiska yrkesgrupper. Den var tänkt som ett komplement till verksamheternas ordinarie processer för rekrytering och personalplanering och det var viktigt att pågående rekryteringar fortsatte parallellt. Bemanningfunktionen bestod av centrala resurser från personalstrategiska avdelningen, andra delar av stadsledningskontoret och från arbetsmarknadsförvaltningen.



Tanken var att den centrala bemanningsfunktionen skulle avlasta stadsdelsförvaltningarna genom att hantera hela rekryteringsprocessen och sedan förmedla kandidater till verksamheterna utifrån behov. En process togs fram för rekrytering, utbildning och bemanning och arbetet med utbildning och matchning från inkomna intresseanmälningar påbörjades.

Bemanningsfunktionen nyttjades dock i mycket begränsad utsträckning då stadsdelsförvaltningarna till stora delar själva hanterade bemanningen. Det visade sig att bemanningsfunktionen i några fall innebar en extra arbetsbelastning i stället för att underlätta då verksamheterna fick ta emot personal som inte alltid passade för arbetsuppgiften. I avsnitt 5.2.1 redogörs vidare för synen på bemanningsfunktionen utifrån vård- och omsorgsboendenas perspektiv.

"Det kom sjuksköterskor och undersköterskor 'inskjutsade' till oss, en del var till hjälp men en del fungerade inte alls." (Medarbetare, VoB)

Inför sommaren 2020 var bedömningen från de flesta verksamheter vi intervjuat att personalförsörjningen på kort sikt och över sommaren var under kontroll. Med anledning av att stadsdelsförvaltningarna själva löst rekryteringsbehovet till sina verksamheter beslutade CKL inför sommaren 2020 att sätta bemanningsfunktionen på paus. Sedan dess har funktionen inte startats upp igen. Funktionen hanterade totalt 1 611 intresseanmälningar, snabbutbildade 177 personer och fördelade 115 av dessa extra resurser till stadens verksamheter. Dessutom har funktionen förmedlat 227 personer med erfarenhet och utbildning inom relevanta områden.²⁴

Behov av kompetens

Stadsdelsförvaltningarna upplever att de i huvudsak har haft tillgång till den kompetens som behövts. Några intervjupersoner lyfter att de anser att det funnits brister i kompetens kring praktisk krisledning, och desto fler lyfter brister i kompetens kring hälso- och sjukvård. Praktisk krisledning handlar både om kunskap avseende hantering av en kris samt praktisk träning i hur en kris hanteras. Det har visat sig att de verksamheter som praktiskt tränat krishantering innan pandemin bröt ut, ansett sig haft stor nytta av detta när krisen kom. Dock är det ingen verksamhet som har tränat för eller haft erfarenhet av krisledning av en så långvarig och omfattande kris som covid-19-pandemin har inneburit. Brister i kompetens kring praktisk krisledning lyfts även upp av några fackliga representanter som intervjuats som menar att det troligen hade stärkt stadsdelsförvaltningarna krisledning om de hade varit bättre rustade kompetensmässigt.

Stockholms stads hälso- och sjukvårdskompetens är idag begränsad till den kompetens som innehas av medicinskt ansvariga sjuksköterskor och sjuksköterskor på vård- och omsorgsboendena. Av intervjuerna framkommer en samstämmig bild av att det finns ett stort behov av en ökad hälso- och sjukvårdskompetens såväl inom utförarverksamheter som på chefs- och ledningsnivå inom stadsdelsförvaltningarna. I de stadsdelsförvaltningar där man haft hälso- och sjukvårdskompetens i ledningen (utöver

²⁴ Stockholms stad, 2020. Sammanfattning tidigare lägesbilder (tom v 22).



medicinskt ansvarig sjuksköterska) har man också haft en ökad förmåga att förstå de medicinska aspekterna, smittspridningen och därmed haft en större möjlighet att kunna agera snabbt rörande rutiner och arbetssätt i verksamheten. Behov av utökad hälso- och sjukvårdskompetens i utförarverksamheterna beskrivs mer utförligt i kapitel 5 om vård- och omsorgsboenden.

Bland vård- och omsorgsboendena i staden varierar det om enhetschef har vårdutbildning eller inte. Av intervjuerna har det framkommit att de enhetschefer som har vårdutbildning (oftast sjuksköterskeutbildning) haft en helt annan trygghet och förståelse för hanteringen av pandemin i verksamheten. Det finns undantag men generellt är bilden att sjuksköterskeutbildning som grund har underlättat förståelsen för pandemin och vilka beslut och strategiska överväganden som behöver göras i verksamheterna. Vidare har det underlättat i kommunikationen med medarbetare i samband med introduktion av nya arbetssätt och rutiner. Även bland medarbetare har det lyfts behov av en utökad hälso- och sjukvårdskompetens i ledningen av verksamheterna. Även representanter från pensionärsrådet lyfter denna aspekt. De menar att chefer med vårdutbildning står stadiga i sin kunskap, vågar ta egna initiativ och är mer trygga i sin hantering av krissituationen.

"Jag är jätteglad att jag är sjuksköterska, jag har haft en bra grund att stå på och har känt att jag haft koll på läget." (Enhetschef, VoB)

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det under pandemin varit en hög frånvaro bland personal både på grund av konstaterad smitta och misstänkt smitta men även på grund av vård av barn samt på grund av oro för att själv bli smittad av covid-19. Detta har inneburit att verksamheterna periodvis haft brist på personal. Bristen på personal har i huvudsak hanterats av ett intensivt rekryteringsarbete av verksamheterna med stöd av stadsdelsförvaltningarnas ledning (se vidare i kapitel 5 och 6). Stockholms stads nyetablerade centrala bemanningsfunktion utnyttjades inte i särskilt stor utsträckning och ansågs inte ha erbjudit personer som var fullt lämpliga för uppgifterna i verksamheterna.

Det har inte varit någon akut brist på särskilda kompetenser hos den personal som varit på plats, däremot kan konstateras att det har funnits ett ökat behov av krisledningskompetens liksom hälso- och sjukvårdskompetens under krisen. Behovet av utökad hälso- och sjukvårdskompetens har funnits både på chef- och ledningsnivå inom stadsdelsförvaltningarna, på chefsnivå på boenden och bland medarbetare.

4.2.4. Samverkan

Intern samverkan

Krisen har inneburit en hög grad av samverkan mellan flera delar av stadens organisation för att hantera äldreomsorgen. Vissa forum fanns etablerade före pandemin men det uppstod också ett stort antal nya samverkansforum med anledning av krishanteringen.



Vissa stadsdelsförvaltningar har haft ett nära samarbete med varandra. Sådant samarbete har ofta skett inom varje region, såsom till exempel söderort, västerort och innerstan. Graden av samarbete mellan stadsdelsförvaltningarna har skiljt sig åt bland annat beroende på demografiska likheter och skillnader i förutsättningar mellan stadsdelsförvaltningarna. I de fall där skillnaderna varit stora har samarbetet varit begränsat eftersom man inte sett några större fördelar i att samverka och utbyta erfarenheter. Graden av samverkan skiljer sig också åt beroende på relationer och tidigare samarbete.

Äldreförvaltningen har hållit samman ett antal mötesforum under krisen. Flera av dessa var etablerade sedan tidigare men har varit särskilt viktiga under pandemin. Det gäller exempelvis det nätverk som funnits mellan stadens medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Nätverket har varit viktigt under pandemin för att hålla personer i denna roll uppdaterade kring beslut och riktlinjer och för att gemensamt diskutera frågeställningar som grund för olika ställningstaganden. Nätverket har varit ett viktigt stöd för äldreförvaltningen i att utarbeta beredningsplaner, riktlinjer och liknande för stadens hantering av pandemin. För att skapa snabbhet i arbetsprocessen etablerade äldreförvaltningen en mindre referensgrupp med en medicinskt ansvarig sjuksköterska från varje region (söderort, västerort etc). Underlaget som referensgruppen har utarbetat har sedan stämts av med hela nätverket. Nätverket har fungerat bra och varit viktigt för att samordna stadens agerande. Det finns dock ingen "chefs-sjuksköterska" för stadens medicinskt ansvariga sjuksköterskor och därmed ingen som kan fatta beslut som ska gälla för dem alla – det bygger istället på samsyn och samverkan. De arbetar till viss del lite olika i sina respektive stadsdelsförvaltningar och kan exempelvis upprätta olika lokala stöd. Detta har tydliggjorts under pandemin och till viss del påverkat utförarnas förutsättningar och stöd.

Ett annat återkommande centralt mötesforum där äldreförvaltningen varit sammankallande är möten mellan avdelningschefer för äldreomsorg – även detta fanns innan pandemin men har varit särskilt centralt för samordningen.

Äldreförvaltningen initierade också tidigt avstämningsmöten med utförarverksamheter för såväl egen regi, privat regi och på entreprenad. Detta nämns även under avsnitt 4.1.2. ovan.

Samverkan med Region Stockholm

Det har funnits en nära samverkan mellan Stockholms stad och Region Stockholm under pandemin. På central nivå har det bland annat bestått av en samverkan mellan Stockholms stad och Region Stockholms lokala särskilda sjukvårdsledning (en del av Region Stockholms krisledning). Samverkan skedde inom ramen för en klusterorganisation där Stockholms län delades upp i tre kluster, varav Stockholms stad var ett. I dessa möten har representanter från CKL och äldreförvaltningen deltagit. Initialt under pandemin hölls dessa möten relativt tätt för att sen ha avtagit i frekvens under senhösten 2020. Dessa möten har avsett aktuella frågor och har bytt konstellation alltefter mötesinnehåll och utveckling av pandemisituationen. Från stadens sida har man upplevt att strukturen runt Region Stockholms samverkan på denna nivå har varit något otydlig



under en inledningsfas vilket även nämns i Region Stockholms egen utvärdering av pandemin²⁵.

Därtill har det funnits en samverkan på central nivå mellan Stockholms stad och de två läkarorganisationer som är ackrediterade av Region Stockholm för att hantera läkarstödet på vård- och omsorgsboendena i staden. I denna samverkan har äldreförvaltningen och medicinskt ansvarig sjuksköterska i respektive stadsdels-förvaltning deltagit. Från läkarorganisationerna har huvudansvarig för läkarinsatserna på vård- och omsorgsboenden och ibland VD eller medicinskt ledningsansvarig deltagit. Mötena i denna grupp har hållits kontinuerligt och inledningsvis under pandemin två gånger per vecka, och senare något mer sällan. I normalfallet hålls dessa möten två gånger per år. Mötena upplevs ha varit värdefulla och nödvändiga för att på övergripande nivå säkerställa en samsyn och gemensam hantering av frågor. Inom denna samverkan har respektive läkarorganisation och Stockholms stad tagit fram gemensamma arbetsmetoder och checklistor för hantering av pandemin inom vård- och omsorgsboenden. En av läkarorganisationerna beskriver att de har arbetat för en gemensam samverkansmodell länge för att undvika en uppdelning av regional och kommunal hälso- och sjukvård. Under pandemin har det blivit ännu mer naturligt att utveckla detta tillsammans. Av intervjuerna framkommer att såväl staden som läkarorganisationerna planerar att intensivifiera kontakten framåt och att ett ökat förtroende har skapats mellan aktörerna.

Ytterligare en del av samverkan mellan Stockholms stad och Region Stockholm avser vård- och omsorgsboendenas kontakt med sitt respektive läkarstöd, Smittskydd Stockholm och Vårdhygien. Denna del utvecklas i kapitlet om vård- och omsorgsboenden i avsnitt 5.7.

Samverkan mellan Stockholms stad och privata utförare

Samverkan mellan Stockholms stad och de privata utförarna uppges ha fungerat väl under pandemin. De privata utförare som intervjuats inom ramen för utvärderingen har beskrivit Stockholms stad som en professionell aktör där samarbetet har fungerat bra. Jämförelser görs också med andra kommuner där samarbetet inte har fungerat lika bra. Kontaktytorna mellan Stockholms stad och de privata utförarna utgörs i huvudsak av den dialog som förs centralt mellan äldreförvaltningen och de privata utförarnas ledning och deras medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Under krisen har dialog även förekommit mellan äldreförvaltningen och de privata utförarverksamheternas enhetschefer (genom avstämningsmöten med utförarverksamheter som beskrivs i avsnitt 4.1.2.). Ett utvecklingsområde som lyfts är ett ännu mer utvecklat strategiskt samarbete på ledningsnivå mellan Stockholms stad och de privata aktörerna för att komplettera det samarbete som under pandemin skett på operativ nivå. Genom ett sådant samarbete skulle frågor av strategisk karaktär kunna hanteras gemensamt mellan staden och de privata utförarna. Delvis görs detta redan idag genom de så

²⁵ KPMG rapport, 2020. Region Stockholms hantering av covid-19. Sida 357.



kallade branschråden, men utifrån den kunskap och det samarbete som utvecklades under pandemin finns här möjlighet att utveckla dessa än mer framåt.

Sammanfattningsvis har det funnits och skapats flera samverkansforum för hanteringen av covid-19-pandemin inom äldreomsorgen. Internt inom Stockholms stad har befintliga samverkansforum utnyttjats i ungefär samma konstellationer men med tätare frekvens utifrån behov. Det handlar bland annat om möten mellan äldreförvaltningen, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och avdelningschefer för äldreomsorg. Därtill har avstämningsmöten hållits kontinuerligt med utförarverksamheter, såväl i egen regi som på entreprenad och i privat regi.

Det har också funnits en samverkan mellan staden och olika delar av Region Stockholm. Samverkan mellan Stockholms stad och läkarorganisationerna upplevs huvudsakligen ha fungerat väl och aktörerna har kommit varandra närmre än innan pandemin, såväl på central nivå som lokalt för respektive vård- och omsorgsboende. Denna samverkan planeras att tas vidare av båda aktörerna för att utveckla hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen.

Under inledningen av pandemin hölls avstämningsmöten i olika former tätt utifrån aktuellt behov; inte sällan flera gånger per vecka. Under våren 2020 började rutiner liksom mötesstrukturer sätta sig och mötena hölls något mer sällan, och under hösten 2020 än mer sällan. Över lag är bilden att en tät samverkan inledningsvis var viktig och att funktioner och aktörer har kommit varandra närmre för att tillsammans hantera svåra frågor och beslut om tillvägagångssätt.



5. Vård- och omsorgsboenden

I följande kapitel redogör vi för hur covid-19-pandemin har påverkat och hanterats inom vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad. Redogörelsen utgår från de frågeställningar som ingått i utvärderingen och bygger på intervjuer, fokusgruppssamtal och dokumentation i form av beslut, riktlinjer och andra underlag.

Beskrivningen är relativt omfattande och ger en bild av hur verksamheterna har påverkats under perioden mars 2020 till och med februari 2021. Ambitionen har varit att täcka en så stor del som möjligt av hur verksamheterna har påverkats. Beskrivningen gör dock inte anspråk på att vara helt uttömmande då den grundas på de verksamheter och respondenter som har inkluderats i datainsamlingen.

Beskrivningen avser verksamheter inom såväl egen regi, entreprenad och privat regi. Om det finns skillnader i utförande beroende på regiform så framgår detta av texten.

5.1. Pandemins påverkan på verksamheterna

Covid-19-pandemin har haft en stor påverkan på vård- och omsorgsboendena under den period som har granskats. Detta framförs av samtliga intervjupersoner på ett eller annat vis. I princip samtliga vård- och omsorgsboenden har drabbats av smitta någon gång under perioden, och några vid flera tillfällen. Det är endast 2 av totalt 139 vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad som inte haft någon smitta alls²⁶. Oavsett när under pandemin boendena fått in smitta beskriver i princip samtliga intervjupersoner att det har inneburit utmanande situationer med höga krav på anpassning, flexibilitet och engagemang hos chefer och medarbetare.

De vård- och omsorgsboenden vi intervjuat som drabbades av smitta under inledningen av pandemin (våren 2020) beskriver att de hamnade i en svår situation med hög grad av stress, okunskap och rädsla. Situationen var svår, både utifrån en arbetsmiljösituation, och utifrån de arbetsuppgifter som skulle göras.

"Kring påsk var det kaos – vi ställde oss frågor om vad ska vi göra, hur hanterar vi anhöriga, vad krävs för skyddsutrustning osv. Det var rörigt här såväl som i samhället. Det handlade mycket om att släcka bränder." (Enhetschef, VoB)

Några av intervjupersonerna som arbetar på de vård- och omsorgsboenden som drabbades hårt av smitta tidigt under pandemin kan även ge uttryck för att de befann sig i en *katastrofsituation*. Okunskap om viruset, hur det skulle hanteras i verksamheterna och hur det skulle påverka en själv gjorde att det spred sig en osäkerhet och oro bland medarbetare. Samtidigt fanns det en förståelse för behovet av kraftsamling och ett snabbt gemensamt agerande för att hantera den "gemensamma fiende" som viruset innebar. Kunskapen om covid-19-viruset var under inledningen av pandemin mycket

²⁶ Källa äldreförvaltningen



begränsad och under den första tiden fanns ännu inga tydliga riktlinjer eller stöd för hur verksamheterna skulle arbeta.

**"Vi uppskattar att 70 procent av brukarna smittades. Panik spred sig bland brukare och personal, inget visste vad covid var och hur det skulle sluta."
(Medarbetare, VoB)**

Intervjupersonerna redogör för att frånvaron bland medarbetare på de flesta av de boenden vi intervjuat blev hög inledningsvis när verksamheterna drabbades av smitta. Frånvaron bedöms av dem ha handlat om egen sjukdom i covid-19, misstänkt sjukdom eller vård av barn, men även oro och rädsla. Den oro och rädsla som spred sig bland medarbetare grundade sig i den stora osäkerheten och okunskapen om viruset samt begränsad tillgång till skyddsutrustning. Det fanns en stor rädsla att själv bli sjuk eller ta med smitta hem. Samtliga intervjupersoner som lyfter den initiala oron och rädslan bland medarbetare berättar att denna avtog allteftersom medarbetarna fick ökad kunskap om viruset, då skyddsutrustning började användas och då rutiner och arbetssätt ställdes om för att hantera och/eller förebygga smittan inom boendena. Denna bild avser därmed inledningen av covid-19-pandemin, under mars-april 2020.

Under senvåren 2020 satte sig rutiner och arbetssätt och under hösten fanns en helt annan kunskap, beredskap och vana. De vård- och omsorgsboenden vi intervjuat som fick in smittan först under hösten hade helt andra förutsättningar att hantera situationen, även om det finns exempel på verksamheter som drabbades mycket hårt även i slutet av året. En bild som framkommer från intervjuerna är att oavsett när under pandemin smittan kom in hamnade verksamheterna initialt i en stressituation där rädsla och oro spreds, för att så småningom landa i ett läge där medarbetare tillsammans agerade och hanterade situationen utifrån aktuella förutsättningar.

5.1.1. Upprätthållande av omsorg

Den omsorg som bedrivs på vård- och omsorgsboenden regleras främst av socialtjänstlagen (2001:453). Enligt lagen ska kommunerna verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Omsorgen på boendena är en stor del av den dagliga verksamheten och innefattar bland annat daglig hygien, mat och måltider, sömn och aktiviteter.

Av intervjuerna framkommer lite olika syn på huruvida uppdraget att leverera en god omsorg till äldre har uppnåtts under pandemin. De allra flesta menar att delar av omsorgen har påverkats negativt då sociala aktiviteter generellt sett har minskat och besök av anhöriga har stoppats. Omsorg i form av mat och hygien bedöms av intervjupersonerna alltid ha prioriterats och upprätthållits i normala nivåer under pandemin. De uppger att de har försökt upprätthålla den dagliga verksamheten i den mån det varit möjligt men hela tiden fått anpassa dagliga aktiviteter, rutiner och scheman utifrån aktuell situation.



**"Mycket av de sociala delarna i verksamheten ställdes in. Vi har inte kunnat upprätthålla ordinarie verksamhet för de boende under april-maj."
(Enhetschef, VoB)**

Samtliga intervjupersonerna redogör för att sociala aktiviteter med och mellan brukare har minskat och anpassats efter rådande läge. Aktiviteter i större grupper har ställts in, och i vissa fall ersatts av aktiviteter i mindre grupper avdelningsvis och med avstånd mellan varandra. Social samvaro mellan brukare har övergått till att endast ske inom avdelningarna. Exempelvis har måltider och gemensamma fikastunder anpassats och serverats på avdelningen i stället för i gemensamma utrymmen. Drygt hälften av respondenterna uppger att konsekvenser av minskat socialt utbyte i vissa fall har gett upphov till ökad ensamhet, nedstämdhet och oro. Dessa medarbetare lyfter fram att de försökt hitta lösningar för de äldre som tydligt visat tecken på ensamhet och nedstämdhet. Det kan handla om att personal försökt ge mer tid tillsammans med de äldre genom att prata, läsa och spela spel. Medarbetare har också varit behjälpliga med att ordna med videosamtal med anhöriga. Ovan beskrivning avser ordinarie verksamhet för icke-smittade brukare. I de fall då brukare haft smitta eller misstänkt vara smittade har så kallad kohortvård inrättats, se avsnitt 5.1.2. nedan.

Under perioder då det funnits smitta på vård- och omsorgsboendena har det krävt ökade resurser i form av bemanning för att hantera misstänkta eller konstaterade covid-19-smittade brukare. I perioderna med hög arbetsbelastning och hög frånvaro bland medarbetare bedömer intervjupersonerna att detta har haft en negativ påverkan på den omsorg som kunnat ges till övriga boende.

"Vi har alltid prioriterat omvårdnad, medicin och mat. Städning, aktiviteter och liknande har blivit lite nedprioriterat." (Medarbetare, VoB)

Sammanfattningsvis är vår samlade bedömning att verksamheterna har upprätthållit omsorgen i den mån det varit möjligt. Delar av omsorgen har svårtligen kunnat upprätthållas på grund av insatser för att minska smittspridningen. Under perioder med hög smitta och hög frånvaro bland medarbetare har delar av omsorgen påverkats negativt och till viss del behövt nedprioriteras för att upprätthålla vård och rutiner för minskad smittspridning. Den del av omsorgen som avser aktiviteter och social samvaro med och mellan brukare har generellt minskat som ett led i arbetet för att minska smittspridningen.

5.1.2. Upprätthållande av hälso- och sjukvård

Den kommunala hälso- och sjukvården omfattar bland annat vård för brukare på vård- och omsorgsboenden och regleras av hälso- och sjukvårdslagen. Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård, omvårdnad och rehabilitering upp till och med sjuksköterske-, arbetsterapeut-, sjukgymnast/fysioterapeut- och dietistnivå.

Det är sjuksköterskorna på vård- och omsorgsboendena som har det övergripande ansvaret för omvårdnaden av brukarna. Detta görs i nära samverkan med ansvarig läkare som är kopplad till boendet (och arbetar på uppdrag av Region Stockholm, se *Läkarstödet* nedan). Det är läkaren som ordinerar behandling och sjuksköterskan som



ger behandlingen (inom sitt ansvarsområde). I sjuksköterskans uppgift ingår också att säkerställa journalföring, ge information och stöd till anhöriga samt handledning av omvårdnadspersonalen på boendet. Sjuksköterskorna sköter även kontakten med sjukhus och andra vårdgivare när det gäller boendets brukare.

Inom hälso- och sjukvårdsuppdraget uppger nästintill samtliga sjuksköterskor som vi talat med att de utifrån gällande förutsättningar har kunnat ge den vård och behandling som det har funnits behov av. De allra flesta sjuksköterskorna uppger att de har haft en nära kontakt med ansvarig läkare fysiskt och/eller digitalt under hela covid-19-pandemin och utifrån läkares ordinationer gett brukare behandling. Det finns samtidigt några få som lyfter att de under perioder med högt antal smittade brukare är osäkra på om de i alla lägen har kunnat ge tillräcklig vård och behandling utifrån specifika behov. Det här avser framför allt inledningen av pandemin, mars-april 2020, när vetskapen om viruset var låg och det fortfarande fanns en okunskap och osäkerhet kring hantering, arbetssätt, behandling osv.

I sammanhanget är det viktigt att lyfta att dessa sjuksköterskor, under perioder med hög smittspridning, har haft en extremt hög arbetsbelastning då det funnits behov av betydligt mer krävande vård av flera brukare samtidigt. De har arbetat intensivt under hög press med relativt få stunder för återhämtning under ett arbetspass. Av intervjuerna med flertalet enhetschefer, medarbetare och läkare framgår att sjuksköterskorna har tagit ett stort ansvar under pandemin i att säkerställa den vård och behandling som krävs, samt att de gjort detta utifrån sin välvilja och engagemang att alltid göra sitt yttersta i att ge en god vård till brukarna.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört granskningar av hanteringen av pandemin inom vård- och omsorgsboenden. De har bland annat gjort en fördjupad tillsyn av medicinsk vård och behandling på 98²⁷ av Sveriges 1 700 vård- och omsorgsboenden, varav åtta ligger i Stockholms stad. När det gäller kommunens ansvar för hälso- och sjukvård inom boenden så har brister påtalats när det gäller bemanning och/eller kompetens som gör att förutsättningar saknas för att ge brukare en god och nära vård och behandling utifrån individens behov. Av de boenden inom Stockholms stad som ingått i tillsynen har sex av åtta boenden fått anmärkningar.²⁸ När det gäller regioners ansvar inom äldreomsorgen har brister påtalats gällande den individanpassade medicinska vården och behandlingen av brukare på särskilda boenden.²⁹

Utöver att ansvara för omvårdnaden av boendets brukare har sjuksköterskorna även i uppgift att stödja omvårdnadspersonalen när det gäller efterlevnad av basala hygienrutiner, användning av skyddsutrustning, att säkerställa rutiner i kohortvård, upprätthålla dokumentation och hålla anhöriga informerade och delaktiga. Detta ansvar åligger dem även i ett normalläge, men flera intervjupersoner lyfter att detta har ökat markant

²⁷ Urvalskriterierna av de 98 boendena som inkluderas bör ses som ett urval av landets 1700 boenden utifrån bl.a. förekomst av smittspridning, initiala inkomna upplysningar, klagomål, anmälningar och tips.

²⁸ Inspektionen för vård och omsorg, 2021. Beslut och material från tillsynen.

²⁹ Inspektionen för vård och omsorg, 2020. Beslut Region Stockholm 2020-11-24. Dnr: 3.5.1–21972/2020-17.



under pandemin och krävt mycket tid och engagemang, men samtidigt varit en förutsättning för att kunna upprätthålla omvårdnaden.

I över hälften av intervjuerna lyfts att det i vissa fall har funnits utmaningar kring att ge vård och behandling då sjuksköterskebemanningen är slimmad redan från början. Även i intervjuerna med pensionärsrådet och de fackliga representanterna lyfts att sjuksköterskebemanningen på boendena bedöms ha varit begränsad redan innan pandemin. Redan innan pandemin är det flera verksamheter som uppges ha dragit ner på sjuksköterskor och hanterar sjuksköterskestödet på kvällar, nätter och helger via sjuksköterskepatruller. När det inte finns en fast sjuksköterska på plats på boendet blir det svårare att genomföra vissa ordinationer, exempelvis dropp och antibiotika intramuskulärt eller intravenöst. Ordinationerna utförs men ofta något senare då sjuksköterskepatrullen kommit på plats. Detta gäller inte de boenden där det finns sjuksköterska dygnet runt.

**"Finns det sköterskor på plats dygnet runt går det bra, annars är vi något begränsade till när de är på plats, även om det finns sjuksköterskepatruller."
(Läkarorganisation)**

Dagens vård- och omsorgsboenden är utrustade för att vara just ordinärt boende med den omsorg som kan behövas för detta. Verksamheterna har trots detta snabbt ställt om för att kunna ge mer vård på plats. Ett antal intervjupersoner lyfter dock att boendena inte är byggda som sjukhushem och inte har all den utrustning som i vissa lägen hade kunnat behövas. Syrgas ett är ett exempel som finns på väldigt få boenden. För att kunna ge syrgas inrättades därför möjligheten att Region Stockholm, via ASiH (avancerad sjukvård i hemmet), kunde göra insatser på boendena, vilket har använts till viss del (se vidare nedan). Såsom boendena är byggda finns idag inte heller rätt förutsättningar för att upprätthålla basal hygien (handfat, omklädning etc.) som beskrivs vidare i avsnitt 5.2.2. om fysisk arbetsmiljö.

Läkarstödet

Till varje vård- och omsorgsboende finns en ansvarig läkarorganisation som är ackrediterad av Region Stockholm. För Stockholms stads vård- och omsorgsboenden är det i huvudsak två läkarorganisationer, Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB och Capiro Legevisitten AB. Under ordinarie förhållanden har ansvarig läkare rond på vård- och omsorgsboendet minst en gång per vecka, ofta flera, och finns därutöver tillgänglig efter behov samt att det även finns även läkarstöd dygnet runt på jour. Ansvarig läkare har ofta en nära kontakt med brukarna och känner till deras vårdbehov.

Av Socialstyrelsens kunskapsstöd *Arbetsätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19*³⁰ framgick i den första versionen från 7 april ett förslag om att undvika besök av läkare som skulle kunna hanteras på distans, i den andra versionen från 22 juni ersattes denna formulering av "Bedöm om besök av läkare kan hanteras på distans. Läkaren måste i varje enskilt fall göra en individuell bedömning om det är lämpligt att genomföra läkarbesöket på distans eller om patients vårdbehov förutsätter en fysisk

³⁰ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 149–150.



kontakt"³¹. Under inledningen av pandemin valde därför läkarorganisationerna att arbeta utifrån inriktningen att förlägga så mycket som möjligt av läkarstödet på distans för att undvika att läkarna skulle sprida smitta mellan vård- och omsorgsboenden. Icke-oundgängliga bedömningar/besök skulle dock alltid göras på plats.

Under mars-april 2020 hade en majoritet av de vård- och omsorgsboenden vi intervjuat ingen läkare på plats. Läkarbedömningen hanterades i stället via telefon eller med videosamtal med ansvarig sjuksköterska på boendet i de lägen där det var möjligt. Icke-oundgängliga besök uppges ha genomförts på plats. Dock gäller detta inte för alla boenden, då några av de boenden vi har intervjuat har haft läkare på plats även från starten av pandemin. Av intervjuer framgår att den ena läkarorganisationen gjorde fysiska besök i högre grad än den andra. Sammantaget skiljer det sig därför åt mellan vård- och omsorgsboendena hurvida man haft läkare fysiskt på plats under inledningen av pandemin eller inte. Denna bild överensstämmer också med äldreförvaltningens uppföljning av samverkan mellan vård- och omsorgsboenden och läkarorganisationerna under pandemin³².

Den generella bilden som ges av våra intervjuer med sjuksköterskor är att läkarmedverkan på distans trots allt har fungerat tillfredsställande och över förväntan, men att det självklart hade det varit bättre med läkare på plats under denna kritiska period. I de fall där läkare sedan tidigare känner en brukare och dess historik uppges läkarbedömningen på distans ha kunnat genomföras utan direkta svårigheter. Med uppdaterad information om medicinska parametrar från sjukvårdspersonalen vid boendet kan läkaren göra individuella medicinska bedömningar på telefon. När det avser nyinflyttade brukare som läkaren inte känner och har information om, eller att nya läkare tillträder, har det varit svårare att hantera bedömningen på distans. Samarbetet mellan läkarna och sjuksköterskorna bygger ofta på fleråriga relationer och har varit en viktig förutsättning för den digitala kontakten.

Men det finns också undantag där man upplever att man inte har fått det stöd som behövs från läkarorganisationen. En sjuksköterska menar att bedömningar på distans under en så lång period skapade en otrygghet och tankar om att läkaren kanske hade upptäckt saker som sjuksköterskorna på plats inte upptäckte. En enhetschef menar att det hade varit tryggare för sjuksköterskorna såväl som för de anhöriga om de visste att läkarna kom och gjorde bedömningar på plats.

”Läkarens bedömning gjordes över telefon. Det var tufft för sjuksköterskorna som stod i frontlinjen och även höll i samtal med närstående.” (Enhetschef, VoB)

Av våra intervjuer framkommer att läkarnas distansbedömningar framförallt har gjorts på telefon och inte i form av videosamtal eller liknande. Detta bedöms bland annat bero på att både läkare och sjuksköterska har känt sig ovana kring användning av ny

³¹ Socialstyrelsen, 2020. Arbetssätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19, Dnr 4.3–13193/2020.

³² Äldreförvaltningen, 2020. Uppföljning av samverkan mellan vård- och omsorgsboende och läkarorganisationerna under Coronapandemin. Dnr 4.1–575/2020.



digital teknik. Det har vanligtvis gått till så att sjuksköterskan har varit hos brukaren och därefter pratat med läkaren på telefon som gjort sin distansbedömning.

Detta tillvägagångssätt att ha läkaren tillhands på telefon lyfts av flera sjuksköterskor även som något positivt då det har gjort att kontakten mellan sjuksköterska och läkare intensifierats och från sjuksköterskornas perspektiv upplevts mer lättillgängligt. Läkaroorganisationerna beskriver att läkarna till och med haft möjlighet till ökat fokus på boendena utifrån bland annat tidsvinsterna från utebliven transporttid.

En utmaning som har lyfts fram avser avsaknad av läkarstöd i sjuksköterskornas kommunikation med brukare och anhöriga. Många anhöriga har varit oroliga och sjuksköterskorna har upplevt det som tungt att själva hantera kommunikationen i stor utsträckning. Även anhöriga lyfter att vetskapen om att det inte har funnits en läkare på plats för medicinsk bedömning under en pandemi har känts märkligt och frustrerande.

Från mitten av maj 2020 har läkarstödet varit på plats för fysiska besök från båda läkarorganisationerna. Därefter bedöms stödet ha fungerat väl och varit nära och viktigt i det fortsatta arbetet för att hantera hälso- och sjukvården på boendena.

Medicinsk behandling

Båda läkarorganisationerna bedömer att läkarstödet till boendena har intensifierats under pandemin och antal genomförda bedömningar av brukare har ökat. De menar också att det har skett en förhöjning av den medicinska behandlingen på boendena och man har kunnat vårda brukarna för att bli kvar på boendena i stället för att skickas till sjukhus. Exempelvis har man i högre grad än tidigare gett dropp, blodförtunnande, antibiotikainfusioner, andningsträning och så vidare. Detta har möjliggjorts genom att sjuksköterskorna i hög grad har tagit ett stort ansvar, utnyttjat sin kompetens och agerat professionellt i samarbete med ansvarig läkare. Det har dock inte varit en lätt uppgift och krävt oerhört mycket av personalen – se vidare under arbetssituation (5.2.2).

Den 18 mars 2020 fattade Region Stockholm beslut om att stödja vård- och omsorgsboenden med kompletterande stöd från *avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)*. ASiH skulle stödja boendena med mer avancerad medicinsk behandling för brukare som uppvisade komplexa behov. Fokus för stödet var att ge brukare tillgång till syrgas och därmed öka nivån på tillgänglig sjukvård på boendena, och på så sätt förstärka möjligheterna till vård på boendena i stället för på sjukhus.³³ Av de boenden vi intervjuat är det endast några få som uppger att de har mottagit stöd från ASiH. En anledning till att ASiH inte nyttjats i någon större utsträckning bedöms vara att kompetensen avseende syrgasbehandling bland omsorgspersonalen på boendena varit för låg, men även att läkarna inte ordinerat syrgasbehandling. Till senhösten 2020 ökade efterfrågan något då omsorgspersonal hade hunnit ges utbildningsinsatser under mer lugnare former. Av intervjuerna framkommer att den behandling som ges till

³³ Region Stockholm, 2020. Tilläggsuppdrag för vårdval avancerad sjukvård i hemmet med anledning av covid-19.



brukare som läggs in på sjukhus i många fall är lik den behandling som ges på boenden när det finns tillgång till syrgas, exempelvis genom stöd från ASiH.

Trots att man menar att det har skett en förhöjning av den medicinska behandlingen på boendena under pandemin, framför båda läkarorganisationerna att det alltid hade kunnat göras ännu mer med en högre kompetensnivå och utökad bemanning. Med en högre kompetensnivå avses högre kompetens och erfarenhet hos såväl sjuksköterskor som undersköterskor. Med utökad bemanning avses fler medarbetare med hälso- och sjukvårdsbakgrund (snarare än vårdbiträden), samt ett utökat läkarstöd. Samlat bedöms detta kunna ge en bättre och mer avancerad vård och medicinsk behandling som behövs generellt inom äldreomsorgen, men särskilt under en pandemi där vård- och omsorgsboenden blivit särskilt utsatta.

Kohortvård

Kohortvård är en vårdform som används regelbundet när olika smittsamma sjukdomar förekommer på vård- och omsorgsboenden. Kohortvården innebär att smittade brukare avskiljs från övriga i så kallade kohorter (avskilda grupper) och har egen dedikerad personal. Det innebär att flera patienter med samma smitta kan dela vårdrum, hygienutrymme och personal. Övrig personal arbetar med brukare i ordinarie verksamhet. Kohortvården kan utföras i olika steg utifrån sjukdomsbild och behov, symptomfria som exponerats för smitta, brukare med lindriga symtom och så vidare. För att få full effekt ska kohortvård utföras dygnet runt.

Av de intervjupersoner vi pratat med framgår att kohortvård inrättades från start vid kännedom om första smitta. Initialt krävde det en hel del planering och information för att sätta nya arbetssätt och rutiner på plats för att fullfölja en korrekt kohortvård. Samtidigt är det viktigt att påtala att kohortvård är ett etablerat arbetssätt som vanligtvis används vid smittsamma sjukdomar som till exempel vinterkräksjuka eller influensor inom vård och omsorg.

Brukare med misstänkt eller konstaterad smitta har i de fall det varit möjligt isolerats genom så kallad kohortvård. Nästan alla intervjupersoner lyfter att kohortvården har fungerat men att det funnits utmaningar kopplat till bemanning då kohortvården är extra personalkrävande. I de allra flesta fall har det varit ordinarie personal som arbetat inom kohortvården, liksom medarbetare som inte själva är i riskgrupp. De som arbetat inom denna avskilda vård har instruerats och utbildats av sjuksköterska. Inledningsvis var flera medarbetare oroliga för att arbeta i kohortvården, framför allt på grund av oro kring bristande skyddsutrustning. Det har dock fungerat när de väl kommit i gång och insett att det funnits skyddsutrustning och stöd från sjuksköterskorna.

Ytterligare en utmaning med kohortvården gäller brukare med demenssjukdom. Utmaningen lyfts av flera intervjupersoner och har bestått i svårigheten att styra och kontrollera de demenssjukas agerande och hur de rör sig i lokalerna. Ofta "vandrar de omkring" i lokalerna och det är svårt att få dem att förstå begränsningarna i möjligheten till röra sig fritt. Givet svårigheten att bedriva kohortvård för brukare med demenssjukdom som är upprättgående har det funnits möjlighet att tillfälligt flytta



brukare med demens till särskilda korttidsboenden för brukare med covid-19. Se även avsnitt 5.1.4. om korttidsboenden.

Ett par intervjupersoner lyfter också svårigheterna att bedriva en korrekt kohortvård då vård- och omsorgsboendena inte är byggda och utrustade för detta. Det finns sällan någon sluss mellan den boendes lägenhet och korridoren där personal kan ta av och på skyddsutrustning, samtidigt som det sällan finns handfat med korrekta tvätt-möjligheter. Det finns heller inga ställningar för skyddsutrustning utan i stället har en stol placerats utanför lägenheten där skyddsutrustning placerats.

Styrande regelverk för patientflöden

Den 20 mars 2020 fattade Region Stockholm beslut om ett styrande regelverk för patientflöden mellan vårdgivare i Stockholms län och regelverket uppdaterades vidare den 22 maj 2020. Utifrån det scenario som Region Stockholm förväntade sig var det angeläget att tydliggöra önskade patientflöden och säkerställa utökad vårdkapacitet i länet. Avsikten med beslutet var att underlätta för vårdgivare att prioritera resurser, samt att tydliggöra roll- och ansvarsfördelningar vilket är avgörande för en effektiv krishantering.³⁴

För Stockholms stads vård- och omsorgsboenden innebar regelverket en inriktning om att flera av patienterna ska vårdas kvar på boendet. Detta genom att allokera och samordna resurser kring patienten och att boendena i möjligaste mån skulle ta hand om medicinska komplikationer och medicinska försämringstillstånd på plats med stöd av ordinarie kompetens, sjuksköterskor och läkare. Stöd kunde fås av ASiH som även fick ett utökat uppdrag i samverkan med ansvarig läkarorganisation. Läkarmedömning av brukares behov skulle ske med vägledning av Clinical Frailty Scale³⁵, som är ett verktyg som används för att skatta hälsa och skörhet av äldre och multisjuka.

Av de personer vi intervjuat i denna utvärdering framgår att inriktningen har varit att i möjligaste mån vårda brukarna så att de kan bli kvar på boendet. Det förekommer dock att brukare har skickats in till sjukhus i situationer där man gjort bedömningen tillsammans med läkare att detta har behövts. Men att flytta en brukare från sin invanda miljö till ett akutsjukhus eller en geriatrisk klinik kan ofta vara en stor belastning för brukaren.

**"Vi skickade några till sjukhus, men helst skulle man inte det för att inte belasta."
(Medarbetare, VoB)**

Sammanfattningsvis har det inneburit ett krävande arbete och svår uppgift att upprätthålla en god hälso- och sjukvård på vård- och omsorgsboendena i staden under covid-19-pandemin. Utifrån samtalen med verksamheterna uppger de allra flesta att de, utifrån gällande förutsättningar, har kunnat ge den vård och behandling som det har funnits behov av. Det har dock krävt såväl anpassning, ansträngning och

³⁴ Region Stockholm, 2020. Styrande regelverk för patientflöden, 2020-05-22.

³⁵ Om Clinical Frailty Scale finns att läsa på: Region Stockholm Janusinfo, 2020. Snabba fakta om skattning av skörhet.



professionalitet hos hälso- och sjukvårdspersonalen på boendet tillsammans med ansvarig läkare. Det finns dock undantag där man menar att man inte fullt ut alltid har kunnat ge tillräcklig vård. Det uppmärksammas även av IVO:s granskning som lyfter att brister i vården har förekommit.

Det skiljer sig mellan de två läkarorganisationerna i vilken grad de fanns fysiskt på plats eller endast digitalt under inledningen av pandemin. Under mars-april 2020 hade något fler än hälften av boendena ingen läkare på plats givet ambitionen att minska smittspridningen. Under denna period gjordes medicinska individuella bedömningar på telefon. Läkarmedverkan på distans har fungerat tillfredställande och över förväntan – dock hade det alltid varit bättre med läkare på plats. Läkarbedömningar på telefon har fungerat relativt bra när läkare har haft kännedom om brukarens historik, men varit svårare vid bedömning av nyinflyttade brukare, eller med att nya läkare tillträder. Från mitten av maj 2020 har läkarstödet varit på plats för fysiska besök.

Sjuksköterskorna på vård- och omsorgsboendena bedöms ha tagit ett mycket stort ansvar under pandemin i att säkerställa en god hälso- och sjukvård till brukare och samtidigt stödja kollegor i omvårdnadsarbetet.

Nivån på vården och den medicinska behandlingen på boendena bedöms ha höjts under pandemin som ett resultat av ett utökat behov i kombination med ett stort ansvarstagande av sjuksköterskor i samarbete med ansvarig läkare. Mer vård har kunnat ges på plats på boendet än tidigare – men vården skulle kunna bli ännu bättre om tillgång fanns till med högre kompetens och utökad bemanning med hälso- och sjukvårdskompetens.

Kohortvården har fungerat men kräver extra bemanning och är särskilt utmanande när det gäller brukare med demenssjukdom. Här har de inrättade korttidsboendena för dessa brukare varit en viktig lösning.

5.1.3. Hantering av besöksstopp och besöksförbud

Ett vård- och omsorgsboende är den boendes ordinarie hem. Ett beslut om besöksförbud innebär ett förbud att ta emot besökare i sitt eget hem. Utifrån ett juridiskt perspektiv påverkar det medborgares grundläggande fri- och rättigheter. Det har varit en lång debatt i media kring huruvida det är juridiskt möjligt för kommuner att fatta beslut om besöksstopp eller inte. Vid rådande läge var dock argumenten för besöksstoppen att vidta åtgärder för att minska smittspridningen och skydda brukarnas liv och hälsa.

Den 12 mars gav analysfunktionen på SLK:s säkerhetsenhet i uppdrag att utreda förutsättningarna för ett regelrätt besöksstopp och undersöka de juridiska aspekterna kring detta. Stadens jurister förmedlade att ett besöksstopp inte kunde genomföras i



juridisk mening. Däremot betonade de politiska företrädarna behovet av att skydda liv och hälsa.³⁶

Den 18 mars, vid KLN:s första sammanträdande, fattade KLN beslut om stadsövergripande besöksstopp på vård- och omsorgsboenden. Staden såg behov av kraftfulla åtgärder i syfte att skydda brukares liv och hälsa. Beslutet visade på stor flexibilitet och anpassningsförmåga kopplat till stadens ansvar för att kunna upprätthålla sina verksamheter och skydda brukarna.

Flera boenden som bedrivs i privat regi eller på entreprenad fattade beslut om besöksstopp några veckor tidigare än stadens beslut om detsamma. De har hos dessa utförare även benämnts som besöksrestriktioner eller besöksavrådan. Även inom staden hade vissa stadsdelsförvaltningar redan innan den 18 mars på eget initiativ utfärdat starka lokala restriktioner på sina boenden, vilket i sig resulterade i meningsskiljaktigheter mellan de berörda stadsdelsförvaltningarna och äldreförvaltningen.³⁷

Det är i sammanhanget viktigt att lyfta att ett besöksstopp inte ska förväxlas med ett besöksförbud. Ett besöksstopp utgör en stark rekommendation och vädjan att avstå från att besöka äldreboenden. Ett besöksförbud är förbud mot besök.

Den 30 mars 2020 beslutade regeringen om förordning (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra smittspridningen av covid-19. Förordningen beslutades med stöd av 16 kap. 10 § socialtjänstlagen.

I förordningen angavs att den verksamhetsansvarige för ett boende i det enskilda fallet fick medge undantag från förbudet mot besök om det fanns särskilda omständigheter som motiverade ett undantag, samt om risken för spridning av sjukdomen covid-19 var liten inom boendet. Socialstyrelsen fattade sedermera beslut om allmänna råd om tillämpningen av den tillfälliga förordningen om besöksförbud med rekommendationer och stöd kring hur undantag kunde ges.

Regeringens besöksförbud gällde i sex månader, från 1 april till och med sista september 2020. Under hösten därefter återinförde Stockholms stad, liksom många andra kommuner besöksstopp på grund av ökad smittspridning. Stadens senare besöksstopp kom att gälla från 12 november till och med 30 november 2020, då detta upphävdes efter en överklagan i förvaltningsrätten. Den 19 november 2020 fattade regeringen beslut om en förordning som ger Folkhälsomyndigheten möjlighet att meddela föreskrifter om att förbjuda besök på särskilda boenden för äldre om det behövs för att förhindra spridning av covid-19. Kort därefter, den 3 december 2020, fattade Folkhälsomyndigheten beslut om besöksförbud i en rad svenska kommuner, däribland Stockholm.³⁸ Förbudet kom att gälla till och med 24 februari 2021. En tidslinje

³⁶ Försvarshögskolan, 2020. Stabsutvärdering – Stockholms stads centrala krislednings (CKL) hantering av covid-19 under den initiala fasen, 4 februari – 1 september 2020. Sida 31.

³⁷ Försvarshögskolan, 2020. Stabsutvärdering – Stockholms stads centrala krislednings (CKL) hantering av covid-19 under den initiala fasen, 4 februari – 1 september 2020. Sida 31.

³⁸ Stockholms stad, 2020. Lägesbild 2020-12-04.



för stadens besöksstopp och regeringens besöksförbud som gällt inom Stockholms stad illustreras i figur 7 nedan.



Figur 7: Tidslinje över besöksstopp och besöksförbudet i Stockholms stad

Undantag från besöksförbud har gällt vid vård i livets slutskede eller vid extraordinära händelser. Av intervjuer med verksamheterna framgår att detta i stort har fungerat och att verksamheterna har anpassat rutiner och stöttat anhöriga i dessa situationer. Vid vård i livets slutskede har anhöriga erbjudits möjlighet till besök för ett sista farväl. Det har även funnits särskilda situationer då exempelvis make/maka har fått dispens från besöksförbudet. Det handlar exempelvis om fall där det mycket tydligt framgått att den äldre varit orolig eller nedstämd. I dessa fall har ofta enhetschef, medarbetare och läkare tillsammans med närstående hittat en lösning för besök. Samtidigt lyfts av anhöriga att de upplever att de inte fått gehör för ett samtal kring undantag.

Besök av anhöriga är en mycket viktig del av den sociala kontakten för många brukare på vård- och omsorgsboenden. Efter att besöksförbudet inrättades, såväl under våren som under hösten 2020, har vanliga besök upphört under denna period. Flera av intervjupersonerna menar att besöksförbudet bedöms ha varit en viktig åtgärd för att minska smittspridningen. Däremot har besöksförbudet å andra sidan drabbat många äldre och anhöriga hårt. Det framgår bland annat av intervjuer med chefer, medarbetare och anhöriga men även av olika rapporter, exempelvis Folkhälsomyndighetens rapport *Analys av det tillfälliga förbudet mot besök i särskilda boendeformer för äldre*.³⁹ Intervjupersonerna redogör för att många brukare har upplevt ensamhet och oro och saknat sina anhöriga. De finns också de som drabbats hårt mentalt och blivit nedstämda och deprimerade.

Kommunikation gällande besöksförbudet och acceptans av förbudet från anhöriga har i de allra flesta fall fungerat bra. Det finns dock exempel där anhöriga tyckt att kommunikationen runt besöksförbudet och vilka undantag som gäller, liksom kommunikation vid upphävande av besöksförbudet, har varit bristfälliga. Det har förekommit situationer där anhöriga inte accepterat ett besöksförbud och framfört klagomål till enhetscheferna. Bland annat har det förekommit situationer där anhöriga ignorerat besöksförbudet och trängt sig in på boendet. Detta har i några fall resulterat i att entrédörrar har låsts eller att koder byts ut. En tydligare information och

³⁹ Folkhälsomyndigheten, 2020. Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag: Analys av det tillfälliga förbudet mot besök i särskilda boendeformer för äldre, 2020-09-15.



kommunikation rörande besöksförbud, och skälen bakom detta, hade möjligen kunnat ge ökad acceptans och trygghet hos anhöriga.

"Anhöriga trängde sig in på boendet. När medarbetare stod i dörren för att stoppa anhöriga fick de höra fula ord och hot." (Enhetschef, VoB)

Under våren 2020 publicerade Folkhälsomyndigheten rekommendationer kring besök vid särskilda boenden under pandemin.⁴⁰ Under november 2020 kom Socialstyrelsen ut med föreskrifter som skulle tydliggöra verksamhetens ansvar för att skapa goda förutsättningar så att brukare som bor på boenden kunde ta emot besök på ett säkert sätt.⁴¹ Flera av de boenden som ingått i utvärderingen redogör för att de har introducerat nya former av säkra besök redan under senvåren 2020. Exempelvis har man ordnat med plexiglas där brukare och anhörig kan sitta på var sin sida. Även säkra besök utomhus har arrangerats på utegårdar, i uppvärmda tält eller som promenader.

Hantering av säkra besök har i de flesta fall varit mycket uppskattade. De har dock krävt extra resurser då personal fått hantera bokning och förflyttning av brukarna till besöksplatsen. I några verksamheter berättar man att man använt sociala coacher, som i normalfallet ordnar med sociala aktiviteter, för att hantera de säkra besöken, och i några fall har dessa hanterats av undersköterskor och vårdbiträden. Givet krav på resurser vid besök har dessa inte kunnat ges i obegränsad utsträckning och krävt bokning på förhand. De finns även situationer där anhöriga beskriver att de säkra besöken med plexiglas snarare skapat mer oro och nedstämdhet hos brukarna som inte förstår varför deras nära inte kan genomföra besök under normala förhållanden. Anhöriga lyfter särskilt en frustration och sorg kring detta och efterfrågar en mer individanpassad lösning för besök utifrån äldres behov.

Sammanfattningsvis ger intervjuerna bilden av att besöksstopp/besöksförbud bedöms ha varit viktiga åtgärder för att begränsa smittspridningen inom vård- och omsorgsboenden. Besluten om besöksstopp/förbud har fattats av olika instanser under 2020; Stockholms stad, regeringen och Folkhälsomyndigheten. Ambitionen har varit att skydda brukarna och hålla smittspridningen nere. Den juridiska aspekten att förbjuda besök i någons hem har dock varit en utmaning i besluten. Vidare har besöksförbudet i sig inneburit att många äldre upplevt ensamhet och oro givet att de inte haft samma kontakt med sina anhöriga.

Besöksförbudet har i de allra flesta fall accepterats och upprätthållits, men det har funnits undantag där anhöriga trängt sig in på boendet. Undantag från besöksförbud har gällt vid vård i livets slutskede och andra extraordinära händelser. Dessa sägs ha fungerat utifrån verksamheternas perspektiv där undantag ibland har getts. Anhöriga lyfter dock behov av mer individuell anpassning kring undantag utifrån brukares behov.

Verksamheterna har i hög grad försökt anpassa och ordna med säkra besök – dessa har till stor del varit lyckosamma men krävt extra personalresurser.

⁴⁰ Folkhälsomyndigheten, 2020. Rekommendationer vid besök i särskilda boenden för äldre.

⁴¹ Socialstyrelsen, 2020. Ordna för säkra besök på äldreboenden – checklista med reflektionsfrågor.



Kommunikationen till anhöriga om vad som gäller under stadens besöksstopp och sedermera regeringens tillfälliga besöksförbud och Folkhälsomyndighetens besöksförbud upplevs ha brutit på sina ställen. Här hade såväl staden centralt som vård- och omsorgsboendena kunnat vara tydligare i sin kommunikation kring vad som gäller och hur säkra besök eller samtal kan arrangeras.

5.1.4. Korttidsboenden för brukare med covid-19

Den 24 april fattade staden beslut om att inrätta särskilda korttidsboenden för personer med konstaterad covid-19. Dessa var avsedda för personer med konstaterad covid-19 i kombination med särskilt riskbeteende på grund av demenssjukdom eller annan typ av kognitiv svikt. Dessa platser gällde även för personer med covid-19 och riskbeteende som sedan tidigare bor permanent på ett vård- och omsorgsboende.

Bakgrunden till beslutet var att det hade visat sig svårt att bedriva kohortvård till brukare med lättare symtom av covid-19, som är uppgående, i kombination med demenssjukdom eller annan typ av kognitiv svikt.⁴² Den enskildes beteende bedömdes utgöra en särskild risk för smittspridning genom att personen vandrade runt och var kontaktsökande.

De särskilda korttidsboendena, även ibland benämnda covid-enheter, har bemannats med särskild personal med god kunskap om att hantera brukare med covid-19 och särskilt riskbeteende på grund av demenssjukdom eller annan typ av kognitiv svikt. Det har skilt sig åt mellan dessa enheter hur pass lätt eller svårt det varit att rekrytera personal till att arbeta på enheterna. Av intervjuerna framkom att personalen erbjuds extra ersättning om cirka 3 000 kronor per månad vilket uppskattades mycket.

Intervjuerna pekar på att korttidsboendena har varit en mycket bra hjälp i situationer där brukare med demenssjukdom fått covid-19 och samtidigt varit så pass pigga att de inte varit möjligt att hålla dem inne på sitt rum i en kohort. När möjlighet har funnits har brukare tillfälligt flyttats till korttidsboende och sedan flyttats tillbaka när de bedömts fria från smitta, vilket då har minskat risken för att övriga på det ordinarie boendet skulle smittas.

Antal korttidsboenden har varierat under pandemin utifrån hur omfattande smittspridningen varit. Under 2020 rör det sig totalt om cirka elva korttidsboenden dit platser kunde förmedlas, hälften egen regi och hälften privat regi.

5.2. Bemanning och arbetssituation under pandemin

Covid-19-pandemin har inneburit en hög frånvaro bland medarbetare inom äldreomsorgen, vilket även nämnts i avsnitt 4.2.3. Pandemin har under perioder också inneburit en hög belastning i verksamheterna till följd av stort antal smittade brukare. I

⁴² Äldreförvaltningen, 2020. Anvisningar och rutiner vid tillfällig flytt från vård- och omsorgsboende till korttidsboende.



följande avsnitt redogör vi för hur bemanningssituationen har sett ut och hanterats, liksom hur medarbetare och chefer upplevt sin arbetssituation.

5.2.1. Bemanning och rekrytering

Vård- och omsorgsboendena har till och från haft en hög frånvaro bland personal. Frånvaron bland personal berodde på sjukdom, vård av barn/anhörig och egen rädsla eller oro. Den höga frånvaron har skapat utmaningar avseende bemanning. Av intervjuerna framgår att bemanningsfrågor framför allt har hanterats på verksamhetsnivå. Enhetschefer har i första hand bemannat med befintlig personal, som ofta har tagit fler och längre pass. I nästa steg har timvikarier använts så långt det varit möjligt. Några chefer lyfter också att de rekryterat ny personal, ofta via egna annonser och nätverk, och i vissa fall tagit in bemanningspersonal. Personal har också schemalagts under längre perioder. Av våra intervjuer framkommer att verksamheterna i hög grad har hanterat bemanningen själva, i några fall har verksamheterna tagit stöd av HR-funktionen inom stadsdelsförvaltningen. På samma sätt har boenden i privat regi och på entreprenad tagit stöd av huvudkontorens HR-funktioner. Intervjupersonerna lyfter att stöd från HR har funnits, men att man bedömer att den egna rekryteringen ofta fungerar bäst då man gärna nyttjar sitt nätverk i första hand och är bättre på att bedöma vilken typ av kompetens som behövs.

I avsnitt 4.2.3. redogörs för att staden under våren 2020 inrättade en central bemanningsfunktion som skulle stödja verksamheterna med nyrekryterad personal. Av intervjuerna framgår en samlad bild om att den centrala bemanningsfunktionen inte har mött verksamheternas behov. Några verksamheter som prövade tjänsten och tog emot personal från denna funktion menar det var personer som inte var lämpliga eller intresserade av att arbeta inom äldreomsorgen. De lyfter också att kommunikationen från bemanningsfunktionen var bristfällig och inte samordnad. Det innebar i vissa fall att det som var tänkt som ett stöd för verksamheterna snarare utgjorde extra arbete och blev en belastning. Exempelvis kunde personal dyka upp på boendet utan att detta var förankrat till verksamheten.

"Helt plötsligt kom nya medarbetare till oss som vi inte visste mycket om. Tanken var god, men det blev rörigt. Vi vill hellre anställa själva." (Enhetschef, VoB)

Inriktningen från staden centralt har varit att trygga bemanningen i verksamheterna genom att se överkapacitet som det nya normala. Personalstrategiska avdelningen på SLK gick tidigt ut med information om att överbemanna och att schemalägga personal, även timavlönande, över längre perioder framåt. Både för verksamheternas stabilitet och uthållighet, men också för att säkerställa att de som är timavlönade har möjlighet att sjukanmäla sig och få sjukersättning. I samband med information om överbemanning har SLK och stadsdelsförvaltningarnas ledning informerat om att detta inte skulle drabba verksamheterna ekonomiskt utan hanteras i efterhand.



"Vi vill återigen slå ett slag för överbemanning och att boka upp vikarier/timavlönade för längre perioder! Dels behöver nog en del av våra medarbetare lite ledigt under julhelgen, dels är sjukfrånvaron på väg upp samtidigt som smittspridningen i samhället ökar oroväckande fort." (SLK, PAS)

I intervjuerna med enhetschefer har några få lyft att de överbemannat under perioder, särskilt inför sommaren 2020 då det fanns en osäkerhet kring hur pandemin skulle utvecklas. Det har dock inte gjorts en överbemanning generellt i de verksamheter vi träffat på. I nämndernas tertialrapport redogör endast två stadsdelsnämnder för att de överbemannat på vård- och omsorgsboendena⁴³. Timvikarier uppges ofta ha schemalagts för längre perioder men inte visstidsanställts över lag. Ett dilemma som flera chefer vittnar om är målkonflikten mellan överbemanning och den centrala ambitionen om att minska på personal som rör sig i verksamheterna för att inte bidra till smittspridning. Enhetscheferna har därför i högsta mån använt befintlig personal (inklusive timvikarier) och utnyttjat deras arbetstid fullt ut (i enlighet med gällande arbetsvillkor) i syfte att inte ta in ny personal i verksamheterna. De har också lyfts fram att det finns en inbyggd kultur inom äldreomsorgen att klara budget och hålla nere kostnaderna och att enhetscheferna därför varit tveksamma till om det verkligen är ok att överbemanna. Några få enhetschefer nämner att de valt att inte överbemanna för att undvika att hamna i en ekonomisk situation som verksamheten senare måste hantera. Det har i dessa fall inte funnits en tillit till att staden centralt tar ansvar för en försämrad ekonomisk situation till följd av överbemanning under krisen. Direktiven om överbemanning och planering för hur ökade kostnader skulle hanteras har av olika anledningar inte fått fullt genomslag och hade kanske behövts följas upp för att få större genomslagskraft i verksamheterna. Det är vidare viktigt att framåt reflektera över hur budskapet har förmedlats ut i organisationen och hur stadsdelsförvaltningarna har valt att hantera detta.

Introduktion av nyanställda har hanterats på olika sätt beroende på rekryteringsväg och erfarenhet. Vid verksamheternas egna rekryteringar har introduktion skett på vanligt sätt via chefer och kollegor på arbetsplatsen. I de fall då verksamheterna tagit emot nyanställda medarbetare via den centrala bemanningsfunktionen (se avsnitt 4.2.3.) så har introduktionen skett centralt via stadens snabbutbildning.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att frånvaron bland medarbetare periodvis har varit hög, på grund av egen sjukdom, vård av barn/anhörig och egen rädsla eller oro. Den höga frånvaron har skapat utmaningar avseende bemanning. Verksamheterna har i största grad själva hanterat bemanningen då de upplevt att detta fungerat bäst – trots att staden erbjudit stöd i form av en särskild bemanningsfunktion. Signalerna från staden centralt har varit att överbemanna – detta har till viss del utnyttjats men också upplevts som en svårighet i kombination med ambitionen om att minska på personal som rör sig i verksamheterna för att inte bidra till smittspridning och osäkerhet kring följden av ökade personalkostnader. Under våren 2020 var bemanningsfrågan som mest kritisk, under senvåren har verksamheterna lyckats bemanna upp och över

⁴³ Stockholms stad, 2020. Nämndernas Tertialrapport Tertial 2.



sommaren bedöms tillgången till personal varit god. Även under hösten har det varit en helt annan stabilitet i verksamheterna, men återigen uppstod vissa utmaningar i bemanning i några verksamheterna under andra vågen november-december 2020.

5.2.2. Chefer och medarbetares arbetssituation

Pandemin har inneburit en generellt högre arbetsbelastning för chefer och medarbetare. Det handlar dels om att som anställd finna sig i den nya arbetssituation som pandemin medför, som bland annat handlar om att arbeta på nya sätt, ta till sig ny information och möta ökade krav på vård och omsorg. Det handlar dels om en mer intensiv vardag där flera brukare samtidigt har behov av mer vård och omsorg, i situationer med smitta.

"På en av våningarna var det under en period ingen ordinarie personal utan endast timavlönade. Det skapade hög press på personalen." (Medarbetare, VoB)

Medarbetares arbetssituation

Under intervjuer med medarbetare har frågor ställts kring arbetssituation och arbetsvillkor. Många medarbetare inom vård- och omsorgsboenden har haft en mycket hög arbetsbelastning och periodvis begränsad möjlighet till återhämtning. Flera intervju personer redogör för att de har arbetat betydligt fler pass än normalt, längre pass och under ett extremt högt tempo. Denna bild framkommer hos såväl sjuksköterskor som omvårdnadspersonal. Det har dock inte framkommit av intervjuerna att de blivit beordrade att arbeta övertid, utan en fråga har ställts från arbetsgivaren och medarbetarna har själva valt att ställa upp och arbeta när det behövts.

Sjuksköterskorna har periodvis haft en extra hög arbetsbelastning givet deras relativt ensamma roll på boendena. Detta parallellt med att pandemin i flera fall har inneburit fler sjuka brukare samtidigt som behövt mer avancerad vård. Sjuksköterskorna har ansvar för dialogen med ansvarig läkare för respektive brukare. I de fall läkare endast funnits på distans så har vissa sjuksköterskor upplevt att de behövt ta större ansvar för vården runt en brukare. Det har fungerat över lag, men en läkare som funnits på plats fysiskt upplevs ge en annan trygghet.

Från intervjuerna framkommer att många medarbetare under perioder har upplevt oro, stress och rädsla för smittspridningen. Det handlar både om oro att själv bli smittad eller ta med sig smittan hem. Det handlar också om oro för att brukare ska bli smittade och att smittan ska spridas inom boendet. Men även stress över en ökad arbetsbelastning och högt ställda krav på arbetsuppgifterna.

På frågan hur chefer hanterat medarbetares oro ges ingen samlad bild. Några chefer berättar att de aktivt har arbetat med information och dialog med medarbetarna kontinuerligt. Genom att prata om och gå igenom hantering av nya arbetssätt, skyddsutrustning, basala hygienrutiner, behandlingsmetoder vid smitta så skapas en trygghet och förståelse hos medarbetarna. Med gemensam dialog kring svåra frågor blir det lättare för medarbetarna att coacha och ta stöd av varandra. Som svar på hur man bäst hanterar stress och oro i detta sammanhang svarar de allra flesta att det



handlar om ett närvarande ledarskap som skapar trygghet på arbetsplatsen och öppenhet bland medarbetare.

Trots att det är svårt att belägga har en majoritet av intervjupersonerna uppgett att de upplevt att medarbetare anmält frånvaro på grund av sjukdom men att det i vissa fall egentligen handlat om att de stannat hemma på grund av oro och rädsla. På frågan om hur chefer hanterat detta uppger några att de haft svårt att ta individuella samtal givet att medarbetarna uppgett frånvaro på grund av sjukdom. Oftast har medarbetare kommit tillbaka till arbetsplatsen efter tre veckor då läkarintyg krävts för sjukskrivning.

Personalstrategiska avdelningen på SLK har informerat om att chefer kan ta hjälp av företagshälsovård och andra krisstöd för att hantera oro och stress. Några intervju-personer nämner att de har tagit stöd från sin respektive chef/ledning för att hantera medarbetares oro.

Chefers arbetssituation

Bland chefer framkommer också en bild av en tuff arbetssituation. Det varierar mellan vård- och omsorgsboenden hur chefsuppsättningen ser ut. Vissa boenden har en enhetschef, andra boenden har en enhetschef och flera biträdande chefer med olika ansvarsområden. Uppsättningen varierar framförallt utifrån storlek på vård- och omsorgsboendet. Av intervjuerna framkommer en bild att de chefer som haft en nära ledningsgrupp som stöttat och avlastat varandra har haft en mer hållbar arbetssituation. Dessa ledningsgrupper har arbetat nära varandra och turats om att ge varandra avlastning och vila.

"Enhetschefen var kvar hela tiden, men det var fyra biträdande enhetschefer som blev sjuka." (Medarbetare, VoB)

Det finns också exempel på enhetschefer som upplever att de varit relativt ensamma i sin roll och i stort sett arbetat dygnet runt under långa perioder. Även om det funnits biträdande chefer eller stöd från avdelningschefen och ledningen på stadsdelsförvaltningen, eller på huvudkontoret för en privat aktör, framkommer att de känt sig ensamma i sin roll. När det har blivit uppenbart att det krävts extra resurser har arbetsgivaren tagit in bemanningspersonal för att stärka eller avlasta enhetschefer. De finns också exempel där arbetsgivaren satt in extra resurser för en specifik uppgift som schemaläggning eller smittspårning som vanligtvis ligger på ansvarig chef. Extra resurser eller bemanningsföretag för att stötta chefer uppges ofta ha kommit sent, först då en ohållbar arbetssituation varit ett faktum.

Relationen mellan chefer och medarbetare

Ett närvarande ledarskap och en god relation mellan chef och medarbetare bedöms som en viktig framgångsfaktor för att hantera arbetssituation och trygghet under pandemin. Det har både handlat om att som chef vara fysiskt närvarande och vara med rent praktiskt ute i verksamheterna och att vara tillgänglig för samtal. Intervju-personerna lyfter att det har varit viktigt att cheferna tagit täten, varit nära och stöttande och fattat beslut vid svåra frågor som personalen själva inte kunnat hantera.



Hur ledarskapet har sett ut och fungerat har skilt sig åt mellan verksamheterna och beror både på den enskilde enhetschefen och på dennes förmåga att leda en verksamhet under en pandemi, men också vilket stöd chefen har i form av biträdande chefer och överordnad avdelningschef. Som beskrivs ovan så har det fungerat bättre för de boenden som haft en välfungerande ledningsgrupp som tillsammans har lett verksamheten och stöttat medarbetare.

Det finns exempel när ledarskapet har brustit, exempelvis när chefer varit frånvarande, oroliga, sjuka eller helt enkelt inte hunnit med på grund av dagsaktuella akuta frågor som behövts hanterats. Det finns också exempel där chefer verkligen steppat upp och tagit ett stort ansvar och lett sin verksamhet med tydlighet, trygghet och stöd till personalen. Sammanfattningsvis har det sett olika ut.

Fysisk arbetsmiljö

En del av den fysiska arbetsmiljön handlar om medarbetares säkerhet och trygghet. En viktig fråga under pandemin har därför varit tillgång till skyddsutrustning för att skydda medarbetarna ur ett arbetsmiljöperspektiv. I avsnitt 5.3. redogör vi för hur tillgången till skyddsutrustning sett ut och fungerat. Under inledningen av pandemin fördelades skyddsutrustning ut efter behov där verksamheter med smitta var prioriterade. Vidare portionerades skyddsutrustning ut i mindre mängder för att minska risken för svinn. Utifrån den rådande bristen på skyddsutrustning ansågs detta vara nödvändiga åtgärder. De har dock påverkat arbetsmiljön negativt och uppdagat frågor som "varför fick någon annan skyddsutrustning och inte jag – är vi inte lika viktiga".

Ytterligare en aspekt kring den fysiska arbetsmiljön avser vård- och omsorgsboendenas lokaler som inte varit anpassade efter de behov som uppkom genom pandemin. Exempelvis finns inte omklädningsrum på avdelningarna vilket krävs i situationer där smitta förekommit och medarbetare inte skulle använda gemensamma omklädningsrum. Brukarnas lägenheter är inte heller utrustade för att på ett enkelt sätt kunna upprätthålla basala hygienrutiner. Lägenheterna har sällan handfat för rengöring vid entrén, och inte heller någon sluss mellan korridoren och lägenheten för ombyte. Det finns sällan någon ställning/hylla med skyddsutrustning vid lägenheten utan det har ofta placerats på en stol utanför dörren. Detta påverkar sammantaget den fysiska arbetsmiljön eftersom det blir krångligt att upprätthålla rutiner kring hygien och skyddsutrustning när det inte finns rätt förutsättningar för detta.

Medias bild som påverkat arbetssituationen

Både chefer och medarbetare ger uttryck för att det känner sig missförstådda och besvikna när det gäller den bild som samhället och media har visat upp runt äldreomsorgen. Många medarbetare har gjort allt de kunnat, arbetat intensivt och stått ut med det mesta – men mötts av kritik som, enligt dem, har gett en missvisande bild av hur äldreomsorgen fungerat och har hanterats under pandemin.

Intervjupersoner berättar om chefer som varit stöttande och visat sin uppskattning. Ett par intervjupersoner nämner också att Stockholms stad som arbetsgivare från centralt håll signalerat tacksamhet och gett medarbetare beröm för det arbete de utfört. I våra



intervjuer är det trots allt så att några chefer och medarbetare uppgett att situationen har fått dem att nästintill ge upp och fundera kring sitt yrkesval. Detta anses beror både på arbetssituationen under pandemin, men framför allt på den mediabild som getts och den bild som bekanta eller allmänheten har fått av äldreomsorgen som de själva anser är felaktig. Under intervjuerna har vi mött några medarbetare som, givet detta, har valt att säga upp sig för att göra något helt annat framåt.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att arbetsbelastningen för medarbetare på vård- och omsorgsboenden periodvis varit hög och medarbetare har känt sig trötta och slitna efter perioder med hög smittspridning bland brukare och hög frånvaro bland personal. Det finns också medarbetare som varit rädda och känt oro och stress kopplat till arbetssituationen och brist på skyddsutrustning. Allteftersom medarbetare har fått ökad kunskap om hanteringen covid-19-pandemin och förståelse för hur skyddsutrustning ska användas har medarbetares oro och stress avtagit.

Sjuksköterskor upplevs ha haft en extra hög arbetsbelastning under perioder med hög smitta inom boendena. Situationen har krävt en generellt högre nivå av vård och medicinsk behandling med samma tillgängliga, eller till och med minskade, resurser.

Även chefer har haft en extremt hög arbetsbelastning under perioder. Det upplevs finnas skillnader mellan boenden hur pass mycket stöd chefer har i form av biträdande chefer och andra roller. Chefsstöd i olika former upplevs ha varit en viktig förutsättning för en god hantering och möjlighet till återhämtning.

Ett närvarande ledarskap har varit viktigt för att stötta och skapa trygghet och lugn. Det skiljer sig mellan boenden hur pass närvarande och stöttande chefskapet har upplevts.

Det har även funnits utmaningar kring den fysiska arbetsmiljön. Vård- och omsorgsboendenas lokaler är inte anpassade efter de särskilda behov som uppkom genom pandemin. Verksamheterna har hanterat och anpassat efter bästa förmåga för att uppfylla krav för minskad smittspridning. Det saknas goda förutsättningar för att upprätthålla basala hygienrutiner i form av handfat, omklädningsrum etcetera.

5.3. Tillgång till skyddsutrustning

Frågan om skyddsutrustning har varit en av de mest centrala frågorna under pandemin. Skyddsutrustningsfrågan har diskuterats såväl i verksamheterna som i ledningsfunktioner, CKL, i dialog med Region Stockholm, Socialstyrelsen, länsstyrelsen Stockholm, med läkarorganisationerna och i media.

Tillgången till skyddsutrustning var under inledningen av pandemin mycket begränsad. Det uppstod en global brist till följd av stor efterfrågan och leveransproblem över hela världen. Stadens ordinarie inköpskanaler fick störning i leveranser och kunde inte leverera efter beställning. Den skyddsutrustning som kom att behövas under pandemin fanns inte heller i äldreomsorgens ordinarie sortiment.

Skyddsutrustning delas upp i *skyddskläder* och *personlig skyddsutrustning*. Skyddskläder används utanpå arbetskläderna vid vård- och omsorgsmoment där det finns risk för att arbetskläderna smutsas ner genom direktkontakt med en person. Med skyddskläder



menas plastförkläde, skyddsrock och skyddshandskar. Syftet med skyddskläder är att skydda arbetskläderna för att hindra smittspridning mellan brukare. Skyddskläder ska bytas mellan besök hos olika brukare. Personlig skyddsutrustning är den utrustning personal har på sig för sin egen säkerhet. Vid skydd mot smitta kan det exempelvis handla om skyddsglasögon, visir, munskydd och andningskydd. Personlig skyddsutrustning ska utgå från den bedömda risken i aktuell vård- och omsorgssituation. Verksamhetens chef är skyldig att se till att det finns personlig skyddsutrustning.⁴⁴ Skyddsutrustningen är därmed såväl en arbetarskyddsfråga som en smittskyddsåtgärd som faller under Arbetsmiljöverket respektive Folkhälsomyndigheten.

Skyddsutrustning inom äldreomsorgen består i normalläget av mindre lager av skyddskläder och personlig skyddsutrustning. Det handlar i normalfallet om skyddsutrustning som används för att skydda brukare och personal exempelvis mot säsongsinfluensa eller magsjuka. Det som används då är vanligtvis plastförkläde, skyddshandskar och munskydd.

Riktlinjer och rekommendationer gällande skyddsutrustning har kontinuerligt uppdaterats under pandemin. Nya versioner av riktlinjer och beslut med större eller mindre justeringar har ersatt varandra löpande. Det har periodvis även varit så att riktlinjerna kunde vara olika mellan Folkhälsomyndigheten, Arbetsmiljöverket och Region Stockholm. Det här har skapat en utmaning och otydlighet att försöka hänga i med i vad som nu gäller. Cheferna har haft en viktig roll att försöka skapa tydlighet och stötta sina medarbetare i detta vilket inte har varit så enkelt.

När pandemin inleddes var riktlinjerna från Folkhälsomyndigheten den 10 mars 2020 att skyddsutrustning i form av långärmade förkläden, handskar, visir och munskydd endast skulle användas vid misstänkta eller bekräftade fall av smittade brukare. Från 30 mars kom nya rekommendationer från Folkhälsomyndigheten som angav att vid all vård- och omsorgsnära kontakt ska personlig skyddsutrustning användas i tillägg till de basala hygienrutinerna.⁴⁵ Den 25 juni skärpte Folkhälsomyndigheten rekommendationerna gällande användning av skyddsutrustning inom äldreomsorgen. Visir och munskydd rekommenderades vid all vård och omsorg vid misstänkt och bekräftad covid-19.⁴⁶ Från den 14 december 2020 fattade Smittskydd Stockholm beslut om att visir och munskydd skulle användas av all personal inom vård och omsorg under ett arbetspass.⁴⁷ Arbetsmiljöverkets regelverk föreskrev att personalen ska använda visir vid arbetsmoment som innebär risk för kontakt med kroppsvätskor. Vidare är det arbetsgivaren som alltid är ansvarig att skydda sin personal mot risker i arbetsmiljön.

Under inledningen av pandemin, mars-april, var tillgången till skyddsutrustning mycket begränsad. De kommunala vård- och omsorgsboendena hade inga lager av den typ av utrustning som behövdes och det ingick inte i deras ordinarie sortiment. Det spreds

⁴⁴ Socialstyrelsen, 2020. Till dig som arbetar inom vård och omsorg – covid-19. Hindra smittspridning och använd skyddsutrustning.

⁴⁵ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 156.

⁴⁶ Stockholms stad, 2020. Lägesbild 2020-06-26.

⁴⁷ Region Stockholm, 2020. Personal ska alltid använda visir och munskydd.



snabbt en oro i verksamheterna och chefer gjorde allt för att hitta skyddsutrustning, prioritera mellan verksamheter och stilla medarbetares oro.

Den samlade bilden från våra intervjuer är att verksamheterna över lag har haft skyddsutrustning när det behövts – de var aldrig helt utan. Den skyddsutrustning som funnits har dock inte alltid varit enligt godkänd standard och kan ha bestått av personliga munskydd eller inköp från andra leverantörer än de upphandlade. Under mars-april fanns mycket begränsat med skyddsutrustning i lager vilket gjorde att det ständigt fanns en oro om det skulle räcka till nästa dag. Samtliga uppmanades till sparsam användning och engångsmaterial användes ibland flera gånger – man behövde "spara" under dagen. Den upplevda tillgången skiljer sig åt mellan vård- och omsorgsboenden och mellan medarbetare. Det bedöms delvis handla om vilket stöd och kunskap medarbetarna har fått rörande användning skyddsutrustning, hur omfattande smittspridningen var i verksamheten, och utifrån det vilken skyddsutrustning verksamheten hade tilldelats.

"Det var aldrig så att vi inte hade skyddsutrustning, men vi hade inte alltid godkänd skyddsutrustning." (Medarbetare, VoB)

Chefer och ansvariga på boendena uppges ha inhandlat allt de kunnat för att säkra tillgången. Inköp gjordes från bygghandeln och andra butiker där handskar, munskydd och olika typer av förkläden kunde köpas. Flera företag, ideella organisationer och även kommunal verksamhet som förskolor, gruppboendestäder och daglig verksamhet var snabba och tog initiativ till att tillverka visir och munskydd. Detta innebar att den utrustning som fanns kanske inte var godkänd och den såg inte heller ut som den utrustning som Region Stockholm hade.

Skyddsutrustningen fördelades mellan vård- och omsorgsboenden där kohort och covid-avdelningar var prioriterade. Fördelning av skyddsutrustning mellan verksamheter har skett både mellan stadens vård- och omsorgsboenden, men även mellan boenden i privat regi, där huvudkontoren tagit stort ansvar för inköp och fördelning.

Under inledningen av pandemin fanns en tendens till att skyddsutrustning förskingrades och att medarbetare överanvände skyddsutrustning. Av den anledningen var det några verksamheter som låste in skyddsutrustningen och fördelade ut efter behov. Detta var sannolikt en viktig åtgärd men gjorde i sig att det skapades oro och tendens till frustration mellan medarbetare kring prioritering och portionering.

"Vi har alltid haft något, men det har varit på håret med magont och gråt i halsen när det portionerats ut." (Medarbetare, VoB)

Vård- och omsorgsboenden i privat regi och de som drivs på entreprenad bedöms ha klarat tillgången på skyddsutrustning något bättre under de första veckorna under pandemin. De privata aktörerna bedöms ha kommit i gång något tidigare med inköp från nya leverantörer och inköpsställen. Flera av de privata aktörerna tog också beslut om att använda munskydd och visir något tidigare än nationella myndigheters beslut. De privata aktörerna är vidare inte bundna av upphandlingsregler och kunde därför vara snabba i sina inköp. Det finns dock undantag från upphandlingsregler



"direktupphandling vid synnerlig brådska" som offentlig verksamhet har kunnat öberopa.

Flera medarbetare lyfter att det skapades oro bland personalen kopplat till den skyddsutrustning som fanns att tillgå då man insåg att den utrustning som äldreomsorgen hade inte var i närheten av den skyddsutrustning Region Stockholm var utrustad med. Exempelvis var det flera medarbetare som reagerade när smittspårningsteamet från Region Stockholm kom till verksamheterna i full mundering, täckta från topp till tå med långa handskar och ansiktsmasker. Det uppstod då en diskussion bland personal om varför de inte hade samma skyddsutrustning.

"På TV hade personalen på sjukhusen skyddsoveraller och ansiktsmasker – vi hade handtillverkade visir och förkläden från ÖoB." (Medarbetare, VoB)

Handdesinfektion, ytdesinfektion, plastförkläden och handskar fanns det något bättre tillgång till. Det som var mest svårt att få tag på var munskydd och visir (från och med när visir började användas inom äldreomsorgen). Visir, vissa former av munskydd, och långärmade förkläden ingår inte bland ordinarie skyddsutrustning inom äldreomsorg.

Stockholms stad var snabb med att inrätta en materialfunktion för att samla beställningar och säkra leverans av skyddsutrustning till verksamheterna. Etableringen av materialfunktionen bidrog till att säkra tillgången till skyddsutrustning och till att fördela denna utifrån behov. I kapitel 7 redogörs mer utförligt för den centrala materialfunktionens etablering och verksamhet.

Inledningsvis var upplevelsen att materialfunktionen inte fungerade. Verksamheterna lade beställningar i ett webbverktyg och fick ingen bekräftelse på om beställningen mottagits. Givet en osäkerhet om beställningen var mottagen var det flera som gjorde nya beställningar. Det tog tid innan material levererades och när det kom var det som oftast betydligt mindre mängd och till och med fel varor. Materialfunktionen levererade allt de kunde, men givet bristen så fick verksamheterna det som fanns för dagen utifrån prioritering och behov. Tillgången förbättrades under senare delen av våren 2020, liksom materialfunktionens process för beställning och leverans. Av intervjuerna framkommer att skyddsutrustning fanns tillgängligt från slutet av maj. I samma veva upplevdes materialfunktionen fungera väl och har gjort även under hösten 2020.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det inledningsvis under pandemin fanns mycket begränsad tillgång till skyddsutrustning. Riktlinjer och rekommendationer gällande skyddsutrustning uppdaterades kontinuerligt och var under perioder till och med motsägelsefulla. Myndigheternas riktlinjer kring användande av skyddsutrustning har upplevts som otydliga och svårtillämpade.

Den samlade bilden är att verksamheterna över lag har haft skyddsutrustning när det behövts – de var aldrig helt utan. Den skyddsutrustning som funnits har dock inte alltid varit enligt godkänd standard. Tillgången till skyddsutrustning var begränsad under hela våren 2020 och behövde prioriteras mellan vård- och omsorgsboenden där boenden med kohortvård och covid-avdelningar var prioriterade. Givet den begränsade tillgången skapades en oro om ifall det skulle räcka till nästa dag. Brist på tillgång och



initialt olika information om vilken skyddsutrustning som skulle användas innebar att många medarbetare upplevde en oro utifrån sin egen säkerhet. Medarbetares upplevelse av tillgång till skyddsutrustning varierar mellan vård- och omsorgsboenden och mellan medarbetare, vilket delvis bedöms bero på vilket stöd och kunskap som medarbetare har fått gällande användning av skyddsutrustning, och hur omfattande smittspridningen var i verksamheten.

5.4. Basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning

Covid-19-pandemin har ställt höga krav på nya rutiner och arbetssätt inom äldreomsorgen. En stor del härrör till hantering av smittsamma sjukdomar, att säkerställa basala hygienrutiner och korrekt användning av skyddsutrustning.

5.4.1. Följsamhet till basala hygienrutiner och skyddsutrustning

Basala hygienrutiner omfattar handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder. Det omfattar även rutiner för personalens hår och skägg, liksom smycken, naglar och bandage på händer. Det är åtgärder som ska tillämpas i vården och omsorgen för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Syftet är att förebygga direkt och indirekt kontaktsmitta. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10)⁴⁸ gäller den som är verksam i en verksamhet som omfattas av socialtjänstlagen (2001:453). I föreskriften anges de krav som är grund för alla verksamheters lokala hygienrutiner.

Basala hygienrutiner ska därmed följas och gälla i äldreomsorgen oavsett pandemi eller inte. Det ska ingå i vårdutbildningarna och omvårdnadspersonalen bör därför ha denna kunskap. Även om kunskapen finns till viss del hos personalen så är det ingen som varit med om att hantera detta i den omfattning som krävts under pandemin.

Under intervjuerna har vi frågat om hur man uppfattat kunskapen om basala hygienrutiner före och under pandemin. Bilden som förmedlats är att kunskapen skiljer sig åt mellan verksamheter och mellan personal. Den är generellt hög bland sjuksköterskor men varierar i grupperna undersköterskor och övrig omvårdnadspersonal. Under pandemin har kunskapen stärkts på en samlad nivå genom utbildning, men det upplevs fortfarande finnas vissa brister hos grupper i personalen.

Även följsamheten till basala hygienrutiner uppges variera mellan vård- och omsorgsboenden och mellan personal. Följsamheten upplevs vara nära sammankopplad med hur verksamheterna har arbetat med information, utbildning och vägledning i samband med pandemin.

Samtliga intervjupersoner anger att skyddsutrustning har använts när det ska. Det uppges dock finnas skillnader mellan verksamheter och mellan personal när det gäller om skyddsutrustningen används på rätt sätt. Det kan både handla om hur man tar på

⁴⁸ SOSFS 2015:10 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg.



och av sig skyddsutrustningen, om det är rätt sorts utrustning (korta respektive långa förkläden) eller om den används i rätt lägen.

"Kopplat till rädslan har det även funnits en viss överanvändning av skyddsutrustning." (Medarbetare, VoB)

En förutsättning har också varit att rätt och tillräcklig skyddsutrustning har funnits på plats. Även om skyddsutrustning har varit tillgänglig så var det inledningsvis begränsade lager vilket gjorde att man använde engångsartiklar vid flera tillfällen, spritade av mellan användningstillfällena vilket då egentligen inte är helt rätt tillvägagångssätt men givet förutsättningarna det som då var möjligt.

I det systematiska kvalitetsarbetet som verksamheterna ska bedriva ingår egenkontroll och uppföljning av basala hygienrutiner. Dessa har fullföljts, och i några fall även utökats, trots den pågående pandemin. Därutöver följer äldreförvaltningen i normalfallet upp efterlevnad genom verksamhetsförlagda inspektioner och kvalitetsobservationer. Dessa har pausats under pandemin eftersom de krävt verksamhetsbesök. Under våren 2020 gjorde äldreförvaltningen istället en riktad granskning av arbetskläder i hemtjänsten. Granskningen visade att basala hygienrutiner och arbetskläder var fortsatta utvecklingsområden.⁴⁹

En faktor som har påverkat användningen av skyddsutrustning är förståelsen kring användning där språk och förmåga att ta till sig nya rutiner skilt sig åt mellan medarbetare. Liksom basala hygienrutiner anses korrekt använd skyddsutrustning vara nära sammankopplad med hur verksamheterna har arbetat med information, utbildning och vägledning i samband med pandemin.

Sammanfattningsvis har följsamheten till basala hygienrutiner varierat mellan vård- och omsorgsboenden och mellan medarbetare i verksamheterna. Följsamheten upplevs vara nära sammankopplad med hur verksamheterna har arbetat med information, utbildning och vägledning i samband med pandemin. Följsamheten bedöms också ha påverkats av förutsättningarna inom ett boende, exempelvis att lägenheterna inte har handfat i entrén vilket ställer till det när en medarbetare måste tvätta händerna inför varje besök hos brukare. Användning av skyddsutrustning upplevs ha fungerat enligt de rekommendationer som gällt, dock har det varit viktigt med kontinuerlig information och stöd i kopplingen till användningen.

5.4.2. Utbildning och stöd

Det är enhetschefens uppgift att säkerställa att personal har kunskap om och följer basala hygienrutiner samt använder skyddsutrustning på ett korrekt sätt.

Under inledningen av pandemin, våren 2020, har medarbetare på vård- och omsorgsboenden på olika sätt erhållit information och utbildning kring basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning. Äldreförvaltningen har tagit fram

⁴⁹ Äldreförvaltningen, 2020. Äldreförvaltningens granskning av arbetskläder. Dnr 4.3-316/2020.



filmer och instruktioner om basala hygienrutiner och skyddsutrustning för personal, som översatts till flera språk efter behov.

Enhetschefer, biträdande chefer och/eller ansvariga sjuksköterskor har informerat muntligt under avdelningsmöten på vård- och omsorgsboendena. Informationsmaterial har även kopierats och placerats i lokalerna; på kontor och i personalrum. Informationsflödet har varit något utmanande att följa båda för chefer och medarbetare, då det har uppdaterats kontinuerligt och inledningsvis ändrades ofta, ibland flera gånger per vecka (se även avsnitt 4.1.2.). Vidare har rutiner skiljt sig mellan regioner, vilket delvis varit utmanande för de privata aktörerna som kan ha verksamhet i flera regioner.

Det har varierat mellan verksamheterna hur man valt att gå till väga när det gäller på vilket sätt och hur ofta som muntlig information och vägledning har getts. I flera verksamheter som intervjuats har sjuksköterskor fått ansvar att praktiskt visa hur skyddsutrustningen ska tas på och tas av, medarbetare har fått testa och ställa frågor. Sjuksköterskorna har väglett kollegor kring basala hygienrutiner och påtalat när det förekommit brister. Framgångsfaktorer som nämns är användning av visuella bilder och filmer för att snabbt få ut viktig information. Några boenden har tagit stöd från kontaktsjuksköterska på Vårdhygien som hjälpt till med utbildningsinsatser. Det finns även något vård- och omsorgsboende som uppger att de tagit stöd av sin läkarorganisation i att utbilda och stödja personalen. Ett exempel som upplevs ha fungerat väl är ett vård- och omsorgsboende där information och vägledning lagts ut via en medarbetarapp där medarbetare löpande fått aviseringar om rutiner som ändrats eller om ny information som getts ut.

"Hos oss har det varit sjuksköterskor på våningsplanen med handledarroll som hjälpt personalen och undervisat dem i hur de ska göra." (Medarbetare, VoB)

De allra flesta vård- och omsorgsboenden har i kombination med ovan också uppmanat medarbetare att genomföra webbutbildningar som äldreförvaltningen, Region Stockholm Vårdhygien och Socialstyrelsen tagit fram. Det är utbildningar som kan användas vid introduktion av ny personal inom äldreomsorgen eller för att förstärka kompetensen kring covid-19, smitta, skyddsutrustning och basala hygienrutiner. Äldreförvaltningen har samlat dessa utbildningar och tillgängliggjort dem för verksamheter i egen regi och privata utförare. Att låta medarbetare gå en utbildning och visa upp ett intyg säkerställer dock inte att medarbetarna har fått tillräcklig kompetens och efterlever rutinerna. Utbildningarna behöver kompletteras med ett nära och coachande ledarskap för att säkerställa att personerna har förstått och arbetar utifrån detta. Några stadsdelsförvaltningar lyfter exempel på hur de använt nya funktioner för att stötta i utbildning och rådgivning avseende basala hygienrutiner, exempelvis hygienombud och praktikantsamordnare.

Några intervjupersoner redogör för att de i nära samband med pandemins utbrott hade haft utbildningar i basala hygienrutiner med stöd av Region Stockholm Vårdhygien. Intervjupersoner upplever att utbildningarna har gjort dem bättre förberedda inför att pandemin startade givet att det fanns en ökad trygghet hos personalen i dessa frågor.



Givet den höga frånvaron bland personal har ett stort antal timvikarier och nyanställd personal arbetat i verksamheterna. Från intervjuerna framkommer att även vikarier och nyanställd personal ska erhålla utbildning och stöd som fast personal. Huruvida detta sedan varit praktiskt möjligt i olika lägen skiljer sig åt både mellan personal och mellan verksamheter.

Omkring hälften av intervjupersonerna lyfter utmaningar kopplat till språkbarriärer när det handlar om att snabbt ta till sig ny kunskap och förstå hur de ska gå till väga i arbetet. Där det funnits behov har rutiner och informationsmaterial förmedlats på olika språk. Några intervjupersoner uttrycker att bristande förståelse kan leda till osäkerhet hos medarbetare och rädsla att göra fel. Det kan också uppstå missförstånd mellan kollegor i hur eller när något ska göras. Av intervjuerna framkommer att det inom äldreomsorgen finns en stor grupp personal med bristande språkkunskaper eller svårigheter att ta till sig ny information snabbt och effektivt. Detta blir extra tydligt under en pandemi där det krävs en snabb omställning och kompetensutveckling. Det bedöms vara särskilt förekommande för timvikarier och annan vikarierande personal.

"Vi har haft en vagn med all skyddsutrustning på så att det funnits tillgängligt och nära. Vi har även haft checklistor på hur skyddsutrustningen ska användas, inplastade och fastknutna i vagnen och på dörrar." (Medarbetare, VoB)

De intervjupersoner som är chefer och ledare, ansvariga sjuksköterskor eller personer med särskilt ansvar inom olika områden beskriver att det är mycket viktigt med tydlig vägledning kontinuerligt under en arbetsdag och att det inte räcker med webbutbildningar och mail med bifogat material. Av våra intervjuer och samtal med kommunikatörer inom stadsdelsförvaltningarna är det vår bedömning att det skiljer sig mellan verksamheter hur pass nära och vägledande man varit i verksamheterna.

Sammanfattningsvis görs bedömningen att kunskapen om basala hygienrutiner skiljer sig åt och har behövt repeterats under pågående pandemi. Likaså har användning av skyddsutrustning inte varit naturligt inom äldreomsorgen i den grad som nu behövts. Alla intervjuade inom vård- och omsorgsboenden redogör för att de på olika sätt under pandemin har genomfört olika åtgärder för att ge personal utökade kunskaper om basal vårdhygien och användning av skyddsutrustning.

Vår bild är dock att det inte har funnits något sammanhållet sätt att arbeta med detta i staden utan varje verksamhet har genomfört sitt arbete med hygienrutiner och skyddsutrustning utifrån egna förutsättningar och ambitionsnivå. Det varierar från att man skickat ut mail och länk till en webbutbildning till att man fört dialog, repeterat och tränat på rutiner tillsammans med personalen både en och flera gånger per vecka. Vi kan också se att det finns skillnader mellan enhetschefers roll och delaktighet i utbildningarna, liksom på vilket sätt sjuksköterskorna har hjälpt omvårdnadspersonalen att stärka och repetera kunskaper.

Förutsättningarna för medarbetarna att fånga detta och själva implementera det i sitt arbete skiljer sig naturligtvis åt beroende på vilket stöd de erhållit från sin respektive chef och kollegor. Ett aktivt, nära och stöttat ledarskap bedöms vara en viktig förutsättning för att få till en följsamhet till basala hygienrutiner och rätt användning av



skyddsutrustning. Även mer innovativa idéer kring hur viktig information kan spridas genom webbportaler och appar upplevs vara effektiva kommunikationskanaler.

5.5. Provtagning och smittspårning

Provtagning av brukare och personal lyfts av flera av intervjupersoner som en utmaning i hanteringen av pandemin. Provtagningen upplevs ha kommit i gång allt för sent och inte fångat personal i tillräckligt stor utsträckning. Givet vetskapen om att individer kan bära smittan utan symptom så menar ett antal av intervjupersonerna att en mer omfattande provtagning med efterföljande smittspårning under våren 2020 hade kunnat hjälpa till i att hålla smittan nere inom vård- och omsorgsboendena. Det hade uppmärksammat verksamheterna om den asymtomatiska smittspridningen som troligen var en av flera orsaker bakom den stora smittspridningen inom äldreomsorgen.

"Vi testade personalen flitigt och fångade de asymtomatiska genom detta. Minst 80 procent av alla medarbetare har antikroppar, många av dessa har varit sjuka, men inte alla." (Enhetschef, VoB)

Under inledningen av pandemin var testkapaciteten låg och enda sättet att få tillgång till test var att komma till sjukhus och testas där. Relativt tidigt satte Region Stockholm in mobila team som kom ut och testade brukare på vård- och omsorgsboenden vid misstänkt smitta. Under mars-april 2020 var testkapaciteten begränsad och testningen skulle därför ske restriktivt och i samråd med Smittskydd Stockholm och Vårdhygien. Av intervjuerna framkommer att testning av brukare i större skala kom igång först från mitten av april 2020.

Testning av personal dröjde något längre. Den ska, enligt Region Stockholm, ha kommit i gång i mitten av april men upplevs av intervjupersoner på boendena ha kommit i gång och fungerat väl först mot slutet av våren 2020, runt maj-juni. Då hade den värsta kulmen av smitta inom vård- och omsorgsboenden avtagit. Från och med 15 juni kunde alla invånare i Region Stockholm boka provtagning för både pågående smitta av covid-19 och antikroppar som kan visa om man har haft infektionen. Tillvägagångssättet för testning av personal har sett olika ut och varierat från att ansvarig chef ska ansöka om test till medarbetare till att medarbetare själva loggar in via 1177 och beställer test. Förändring i tillvägagångssätt och delvis olika information från regionen upplevs ha varit förvirrande för medarbetarna.

"Provtagning har växlat och gått till på olika sätt, det har varit förvirrande med olika direktiv från Region Stockholm." (Medarbetare, VoB)

Vid misstanke om smitta är det ansvarig läkare som ordinerat provtagning av brukare. I väntan på provsvar har brukaren vårdats som misstänkt covid-19 (med kohortvård). När provsvar erhållits har läkaren meddelat ansvarig sjuksköterska och enhetschef. Vid positiva svar har läkare även meddelat brukare och anhörig.

Från mitten av mars när det blev en samhällsspridning i Sverige övergav Folkhälsomyndigheten strategin att testa och smittspåra brett i samhället för att få kontroll på smittan. Det ansågs inte längre vara någon idé att smittspåra för att begränsa smittspridningen.



Regeringen meddelade sedan i början av juni 2020 att man lägger om strategin och tillför resurser för utökad testning och smittspårning. Av intervjuerna framgår dock att det inom äldreomsorgen inte var motsvarande paus i testning som det var i samhället i övrigt. Läkarorganisationerna har i samråd med staden upprätthållit testning under hela pandemin, i samråd med Smittskydd Stockholm och Vårdhygien. Däremot skedde ingen smittspårning under denna tid vilket innebar begränsade förutsättningar för verksamheterna att identifiera smittkällor och aktivt arbeta för att minska smittspridningen. Så här efterhand kan det här ses som ett stort misstag då det begränsade kommunernas arbete för att förstå varifrån smittan kom.

Smittspårning på vård- och omsorgsboende började den 30 juni 2020 då Region Stockholm hade fastställt en *Rutin för smittspårning av covid-19 på särskilt boende*⁵⁰. Rutinen innebär att smittspårning ska göras kring nyupptäckta fall av covid-19. Smittspårning omfattar brukare, personal och i vissa fall även anhöriga. Vid bekräftat fall av covid-19 hos en brukare ansvarar enhetschef enligt rutinen för att identifiera och lista personer som kan ha exponerats under smittsam period. Enhetschef ansvar även för att kontakta berörd personal samt förmedla lista på personal som ska provtas till smittspårningsteamet. Behandlande läkare ansvarar för provtagning av brukare. Smittspårningsteamet ansvarar för att ordinera personalprovtagning via egenprovtagning samt för att bevaka provsvar och handlägga eventuella nya fall. Smittspårningsteamet ska även sammanställa resultat av smittspårning av personal och meddelar till behandlande läkare på boendet.

Under senhösten 2020 hade Region Stockholms testkapacitet ökat ordentligt och såväl test för covid-19 (PCR-test och antikroppstest) liksom smittspårningshanteringen upplevs ha fungerat betydligt smidigare. Under december öppnade regionen upp för en separat provtagningsprocess för medarbetare inom vård och omsorg. Syftet var att ge snabbare provsvar men även att förenkla processen för medarbetare och chefer. I vintras gjorde regeringen en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner om att börja snabbtesta personal från och med den 1 januari. I denna bestämdes att regeringen ska medfinansiera antigenesterna och regionerna åtog sig att genomföra testerna.⁵¹

Intervjupersoner från ett par av verksamheterna beskriver att den sena igångsättningen av testning av personal, samt ofta långa väntetider på provsvar, har varit en stor utmaning kopplat till att hålla i gång verksamheterna. Medarbetare som ingått i smittspårning har ofta varit frånvarande för att vänta på provsvar, eller tvärtom, medarbetare har kunnat vara i gång i arbetet och sen fått positivt provsvar.

”Tidigt i höstas fungerade det inte att beställa hemtester, dessutom fick vi ofta vänta länge på svar. Det har varit förödande eftersom vi måste arbeta med kohortvård till dess – väldigt personalkrävande.” (Medarbetare, VoB)

⁵⁰ Äldreförvaltningen, 2021. Äldreomsorgens årsrapport 2020. Dnr: ALD 2021/31. Sida 97.

⁵¹ Socialdepartementet, 2020. Staten och SKR överens om snabbtester.



I situationer där boenden drabbats mycket hårt av smitta redogör intervjupersonerna för att det har varit utmanande att fullt ut hantera smittspårningen då den blir så pass omfattande och kräver en hel del resurser. De alla flesta verksamheter vi har talat med menar att de har försökt hantera detta utifrån bästa förmåga och i vissa fall tagit stöd av medicinskt ansvarig sjuksköterska och biträdande chefer och sjuksköterskor. En intervjuperson ger en talande beskrivning av hur det kunde vara under perioder med hög smittspridning:

"Ett stort antal smittade brukare, hög sjukfrånvaro bland personal, låg bemanning och på det hantering av smittspårning över hela huset – jag sitter nu hela dagar med smittspårningslistor och telefonsamtal." (Enhetschef, VoB)

Ett par intervjupersoner berättar att de redan i mitten av april 2020 via läkarorganisation fick tillgång till snabbtester för test av antikroppar hos brukare och personal. Dessa snabbtester köptes från privata aktörer och ingick inte i Region Stockholms riktlinjer då de tidigt hade vissa kvalitetsbrister. Av dessa tester upptäcktes att en stor del av personalen hade antikroppar redan i april, utan ha haft symptom eller sjukdom. Det gav, enligt intervjupersonerna, en tidig medvetenhet om asymtomatisk smitta och ökad förståelse för smittspridningen. Informationen delades till Region Stockholm i syfte att öka medvetenheten och ge underlag för en utökad testning. Dessa iakttagelser lyfts av såväl personal på boenden som av den ena läkarorganisationen.

Båda läkarorganisationerna, liksom Smittskydd Stockholm, har haft samsyn om att provtagning ska göras på breda indikationer, det vill säga redan vid mycket låg misstanke och diskreta symptom – om och när provtagningsresurser har funnits. Däremot har det funnits skillnad i synsätt huruvida snabbtester bör eller kan användas. Den ena läkarorganisationen har sett positivt på detta redan från start och argumenterat för screening av hela boenden, medan den andra läkarorganisationen följt Region Stockholms arbetsätt och riktlinjer där snabbtester inte har haft stöd på grund av tveksamt vetenskapligt stöd. Stockholm stad tydliggjorde att staden följde Region Stockholms inriktning avseende snabbtester. Dock har detta i vissa fall upplevts utmanande för boendet då de hamnat i kläm mellan Smittskydd Stockholm och läkarorganisationen som haft olika uppfattning. Av intervjuerna framkommer att snabbtester har använts i vissa verksamheter, trots stadens inriktning, och där påvisat asymtomatiska smittbärare.

Inom några vård- och omsorgsboenden har man i samverkan med läkarorganisation genomfört screening av brukare och personal. Med screening menas provtagning av asymtomatiska personer och är framför allt aktuellt i verksamheter där personer bor och vistas mycket tillsammans, exempelvis i särskilt boendet för äldre. De menar att screening kan vara värdefullt för att tidigt bryta smittkedjor och fånga upp potentiellt smittsamma, asymtomatiska personer.



Av Folkhälsomyndighetens publikation *Provtagning för covid-19 inom kommunal vård och omsorg för äldre*⁵² framgår att screening utformas av smittskyddsläkaren i samråd med regional vårdhygienheten. Rekommenderad screening avser alla som flyttar in på ett vård- och omsorgsboende eller återkommer till boende efter sjukhusvistelse (om de inte haft bekräftad covid-19 de senaste sex månaderna).

Sammanfattningsvis kan konstateras att intervjupersonerna menar att testning av såväl brukare som personal har varit centralt för att minska smittspridningen, säkerställa rätt vård för smittade brukare och för att fånga asymtomatisk personal och brukare. Den samlade bilden är att testningen kom i gång sent, särskilt för personal, och att en utökad och tidigarelagd testning troligen hade kunnat bidra till en minskad smittspridning inom vård- och omsorgsboenden.

Synen på användning av snabbtester och screening har skiljt sig något åt mellan läkarorganisationerna. En av organisationerna menar att tidig användning av snabbtester har varit viktig för att öka medvetenheten om smitta, förutsättningar för minskad spridning och identifiera asymtomatisk personal och brukare. Den andra organisationen har gått på Region Stockholms linje där snabbtester inte upplevdes ha stöd på grund av kvalitetsbrister.

Smittspårningen inom vård- och omsorgsboenden tydliggjordes och sattes i gång i stor skala från slutet av juni 2020 då Region Stockholm kom ut med en rutin kring smittspårning. Därefter har smittspårning genomförts. Det har fungerat bra men krävt en hel del resurser och varit något otydligt kring roller och ansvar i smittspårningen. Den sena igångsättningen med smittspårning har inneburit begränsade förutsättningar för verksamheterna att identifiera smittkällor och aktivt arbeta för att minska smittspridningen. Så här efterhand kan det här ses som ett misstag då det begränsade kommunernas arbete för att förstå varifrån smittan kom.

5.6. Förändring i arbetssätt

I följande avsnitt redogör vi för olika typer av förändringar i arbetssätt som har uppstått som en konsekvens av hanteringen av pandemin inom vård- och omsorgsboenden.

5.6.1. Nya arbetssätt i verksamheterna

Pandemins direkta påverkan på verksamheterna har lett till en hel del förändringar i arbetssätt. Nya arbetssätt och rutiner kopplat till vård och omsorg av brukare har relativt snabbt införts med hänsyn till den kraftiga omställning som krävts i verksamheterna. Mer innovativa nya arbetssätt som en indirekt konsekvens av pandemin förekommer, om än mer sällan.

När frågan ställts under intervjuerna lyfter medarbetarna både förändringar i arbetssätt som man blivit tvungen att göra som en direkt konsekvens för att hantera pandemin

⁵² Folkhälsomyndigheten, 2021. Provtagning för covid-19 inom kommunal vård och omsorg för äldre, version 5, 2021-02-26.



och förändringar som växt fram indirekt som man kan dra lärdomar av och arbeta vidare med.

Exempel på nya arbetssätt som genomförts som en direkt konsekvens av pandemin:

- ✦ Inrättande av kohortvård och förändrad schemaläggning för hantering av kohort.
- ✦ Personal har i högre grad arbetat på fasta avdelningar, inte pendlat mellan.
- ✦ Etablering av särskilda vårdplatser och särskilda korttidsboenden för brukare med covid-19.
- ✦ Skärpta rutiner kring basala hygienrutiner – större medvetenhet kring hygien och risker
- ✦ Nya arbetssätt för att upprätthålla basala hygienrutiner och minska smittspridningen.
- ✦ Nya arbetssätt för att ta på och ta av skyddsutrustning.
- ✦ Förändrande rutiner kopplat till omklädningsrum, personalrum, personalmatsal, interna möten etc.

Exempel på arbetssätt som växt fram indirekt och man kan dra lärdomar av framåt:

- ✦ Nya lösningar för säkra besök har inrättats; utebesök och promenader, användning av skyddsutrustning för anhöriga, plexiglas mellan brukare och anhörig etc.
- ✦ Bärbara datorer och surfplattor har köpts in för ökad användning av videomöten. Finns även exempel där medarbetare har fått utbildning för att hantera tekniken.
- ✦ Genomförda videosamtal mellan brukare och anhöriga. Tillgång har getts men användningen varierar. Det fungerar över lag bättre inom somatisk vård. Några brukare har införskaffat och använt egna surfplattor för att kommunicera med anhöriga.
- ✦ Utveckling av sociala aktiviteter för mindre grupper avdelningsvis inom boenden.
- ✦ Etablering av nya funktioner som exempelvis hygienombud som undervisar kring basala hygienrutiner och skyddsutrustning.
- ✦ Utvecklade former för avstämning med läkarstödet som möjliggör en tätare och snabbare dialog efter behov, och fysiska besök när det krävs.
- ✦ Utvecklade mötesformer mellan staden och läkarorganisationerna på central nivå, utifrån dessa möten upplever båda aktörerna att samverkan stärkts.
- ✦ Ökad användning av videomöten mellan chefer på vård- och omsorgsboenden och med stadsdelsförvaltningens ledning, respektive huvudkontoret för privata aktörer.
- ✦ Ökad dialog och känsla av ökad tillgänglighet mellan chefer och personal på vård- och omsorgsboenden.
- ✦ Infört smartphones till medarbetare för att underlätta kommunikation, information och tillgänglighet.

"Vi har kommit varandra närmre, jobbat bra som ett team och stöttat varandra. Det digitala har också blivit mer acceptabelt." (Medarbetare, VoB)

Sammanfattningsvis kan vi se att pandemin har lett till en hel del förändringar i arbetssätt som kan bidra till utveckling och lärande inom verksamheterna. Några av de exempel som ges ovan kommer förhoppningsvis att kvarstå och utvecklas, medan några upphör och med det möjliggör en återgång till en mer aktivitetsfylld omsorg.



En punkt ovan som är särskilt viktig att dra lärdomar av och hålla i är bilden av att det i flera verksamheter har uppstått en ökad tillgänglighet och dialog mellan kollegor. Personal och chefer har haft mer kontakt och arbetat närmre varandra på olika nivåer i det dagliga arbetet. Flera intervjupersoner beskriver att dialogen var tvungen att bli tätare och mer öppen vilket lett till mindre avstånd mellan kollegor.

5.7. Samverkan med Region Stockholm

Här presenteras samverkan på den lokala nivån. I kapitel 4.2.4 presenteras den samverkan som skett på central nivå.

Den samverkan som varit mellan vård- och omsorgsboenden och Region Stockholm under pandemin handlar framför allt om samverkan med ansvariga läkarorganisationer men även med Vårdhygien, Smittskydd Stockholm och sjukhusen.

Samverkan med läkarorganisationerna

Den samlade bilden av vård- och omsorgsboendenas samverkan med läkarorganisationerna bedöms ha fungerat väl. Även läkarorganisationerna uppger att de haft en väl fungerande samverkan med boendena. Det är framför allt sjuksköterskorna på boendet som har kontakt med ansvarig läkare kopplat till vården runt brukarna. Som beskrevs i avsnitt 5.1.2. har det sett olika ut under inledningen av pandemin när det gäller läkarorganisationernas närvaro på boendena. Trots detta upplever en stor majoritet av intervjupersonerna på vård- och omsorgsboendena att de har fått tillgång till sitt läkarstöd och att det trots begränsningen till telefonkonsultationer ändå har fungerat. Om ansvarig läkare har varit frånvarande på grund av sjukdom eller att läkaren själv befunnit sig i riskgrupp, har läkarorganisationerna låtit en annan läkare hantera de fysiska besöken. Detta upplevs ha fungerat väl av boendena och har delvis gett ett mer omfattande läkarstöd.

Pandemin har i sig skapat behov av en tätare dialog och i de flesta fall stärkt samverkan mellan boendena (framför allt sjuksköterskorna) och läkarstödet. Båda aktörerna berättar i intervjuerna att det på många platser har fått till en god samverkan som de också önskar ska hålla i sig. Men det finns också några få undantag där intervjupersonerna menar att samverkan mellan boende och läkarorganisation inte fungerat, vilket uppges bero på personkemi eller på att läkarna inte fanns på plats fysiskt under den mest kritiska perioden mars-april.

Samverkan med Vårdhygien

Samverkan med Vårdhygien avser framför allt det stöd som verksamheterna har kunnat erhålla när det gäller vårdhygieniska frågor. Det har framför allt varit medicinskt ansvarig sjuksköterska som haft kontakten med Vårdhygien, men i några fall även boenden och då framförallt enhetschefer. Vårdhygien har gett råd, stöttat i utbildningar samt agerat bollplank kring vårdhygieniska ärenden. Av de intervjupersoner som har haft med Vårdhygien att göra uppges att samverkan generellt ha fungerat väl. Några intervjupersoner framför att det har varit svårt att nå fram på telefon på grund av att Vårdhygien haft en hög belastning, medan andra uppger att



kontakten har gått snabbt och smidigt, delvis beroende på när under pandemin kontakten har tagits. Någon intervjuperson upplever att resurserna minskade på Vårdhygien för att de behövdes på sjukhusen. Vissa utförarverksamheter har haft mycket begränsad kontakt, eller ingen kontakt alls, med Vårdhygien. I dessa fall beror det på att man inte upplevt något behov av stöd.

Samverkan med Smittskydd Stockholm

Den samverkan som funnits med Smittskydd Stockholm handlar framför allt om smittspårningsärenden och smittskyddsfrågor. I huvudsak har medicinskt ansvarig sjuksköterska hanterat kontakten, men även enhetschefer och sjuksköterskor har haft kontakt med Smittskydd då smitta kommit in i verksamheten. Från intervjupersonerna framgår att de upplever att Smittskydd varit högt belastade under perioder och att det då varit svårt att få kontakt.

Smittskydd har kontaktat boenden när brukare testats positivt och en smittspårning har då inletts. Smittskydd, och deras smittspårningsteam, har även varit involverade i testning och smittspårning av personal. Detta upplevs generellt ha fungerat bra men varierat i intensitet och stöd under pandemins olika faser. Några enstaka boenden har upplevt svårigheter när Smittskydd Stockholm och den aktuella läkarorganisationen haft olika syn på behovet av smittspårningens omfattning.

Samverkan med sjukhus

Det har även funnits en kontaktyta mellan vård- och omsorgsboenden och sjukhus i situationer då brukare lagts in på sjukhus, eller då äldre blivit utskrivna från sjukhus och flyttats till korttidsboenden och därefter till vård- och omsorgsboenden. Denna samverkan upplevs dock av intervjupersonerna inte ha skiljt sig åt jämfört med före pandemin. När en brukare varit inlagd på sjukhus har denne testats för covid-19 i samband med utskrivning. Dock har det framkommit som en utmaning i några intervjuer att testsvar sällan hunnit komma innan dess att brukaren är tillbaka på boendet, vilket inneburit att boendet inte vetat om personen haft smitta eller ej.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det har funnits en samverkan mellan vård- och omsorgsboenden och Region Stockholm på flera nivåer. Smittskydd Stockholm och Vårdhygien har varit viktiga för vägledning och avstämning i specifika frågor. Dessa har till och från varit högt belastade och därför har det ibland varit svårt för boendena att få det stöd och den kontakt som emellanåt behövts. Samverkan med läkarorganisationerna och boenden upplevs över lag ha fungerat väl och delvis stärkts under pandemin. Men det finns också undantag där samverkan inte fungerat lika bra.

5.8. Närståendes perspektiv på hanteringen under pandemin

Kommunikation till anhöriga

I utvärderingen har vi även försökt fånga närståendes perspektiv på hanteringen av covid-19-pandemin. Inom ramen för utvärderingen hölls en fokusgrupp med en mindre grupp om fem anhöriga.



Det skiljer sig mellan anhöriga huruvida de upplever att de hållits informerade under pandemin på ett tillfredställande sätt. De har alla fått övergripande information som gått ut via så kallade "anhörigbrev". Breven har varit allmänt skrivna och tagit upp beslut och åtgärder på en övergripande nivå. Fyra av fem menar att anhörigbreven kom sporadiskt utan någon systematik. De upplever en brist på information gällande aktuellt läge på boendet, hur verksamheten påverkats och vilka åtgärder som vidtagits. De saknar också kontinuerlig information om medicinsk status gällande sin närstående brukare. Givet besöksförbudet så har det funnits en upplevelse att de stått en bit utanför och att det har varit svårt att få en bild av hur deras äldre har det.

"Vi fick ingen info om att mamma provtagits vid misstänkt smitta. Jag ringde personalen när mamma berättade att de tagit prover." (Anhörig, VoB)

"Vi fick ingen info om att mamma sattes i karantän, utan fick höra det när hon ringde och grät." (Anhörig, VoB)

En av de intervjuade personerna är nöjd och har känt sig delaktig. Hen redogör för att de hållits löpande informerade så fort något har hänt eller nya åtgärder införts. Från och med första besöksstoppet har de fått mail en gång per vecka. I breven har de fått information om aktuell situation och eventuell spridning av covid. Om smitta har kommit till avdelningen har enhetschefen informerat om detta och vilka åtgärder som vidtagits.

De andra intervjupersonerna lyfter att de, givet bristen på löpande information, också har vänt sig till boendet med önskemål om mer kontinuerlig uppdatering. De har då ofta löst det genom att de fått information på mail eller telefon från ansvarig sjuksköterska. Det har också varit möjligt att ringa sjuksköterska eller annan kontaktperson på avdelningen för att få uppdateringar om sina anhöriga. Personalen uppges ha varit tillgängliga och ge ett positivt bemötande när de frågat, men informationen har alltså inte kommit spontant.

Besöksförbudet det mest utmanande

En av de större utmaningarna som nämns bland anhöriga är besöksförbudet. Samtliga intervjupersoner är överens om att besöksförbudet har påverkat såväl dem själva som deras äldre negativt. För brukare med demenssjukdom har alternativa sätt att hålla kontakt, som telefon eller videomöten, snarare försämrat än förbättrat känslan av närhet och kontakt. Några har lyft att videosamtal har fungerat bra och öppnat upp för tätare samtal än vid endast ordinarie besök.

"Vi var snabba att själva ordna en surfplatta till mamma, det har fungerat okej – personalen hjälper till att sätta i gång samtalet." (Anhörig, VoB)

Under våren och sommaren 2020 ordnade fler vård- och omsorgsboendena med säkra besök genom ett plexiglas mellan brukare och anhörig. Några uppger att detta har fungerat bra, medan anhöriga till brukare med demenssjukdom menar att dessa möten inte fungerade alls.

"När vi skulle ses på varsin sida om plexiglas bankade han hårt i rutan och tittade ner i golvet." (Anhörig, VoB)



Några boenden ordnade också under sommaren att man kunde ses utomhus på gården, eller i ett tält med värme. Dessa besök behövde bokas i förtid och var vanligtvis 30 minuter. Dock blev det ofta så att brukare och personal var sena ut eller att besöket innan drog ut på tiden, så att det sällan blev 30 minuter. En av de anhöriga berättar att det blev traumatiskt för dennes mamma när hen var tvungen att gå efter ett kort besök och mamman inte förstod varför. De anhöriga förstår utmaningen för personalen att hantera besöken samtidigt som de menar att besöken är oerhört centrala för brukarnas välmående.

Trots nedstämdhet hos brukarna upplever anhöriga att det har varit svårt att få till undantag från besöksförbudet, vilket ska gälla vid vård i livets slutskede eller vid extraordinära händelser. Ett exempel på undantag från besöksförbud vid extraordinär händelse är en maka till en brukare med demens som efter en lång tids försämring och dialog med personal och läkare fick tillåtelse att besöka sin make kontinuerligt. Det visade sig lyckosamt då brukaren blev betydligt bättre av att ha sin maka hos sig i kombination med de insatser som gjordes tillsammans med personalen.

Sammantaget menar de anhöriga att besöksförbudet hade behövt vara något mer nyanserat och i högre grad sett till brukarna och deras individuella behov.

"Vi träffade inte mamma på ett halvår, men har nu sagt ifrån efter att hon hamnade på sjukhus för att hon mådde så dåligt mentalt." (Anhörig, VoB)

Ytterligare utmaningar som lyfts av anhöriga är kopplade till äldreomsorgens struktur. De menar att det redan innan pandemin fanns en resursbrist inom äldreomsorgen som särskilt tydliggjorts under pandemin. De upplever att personalen inte hinner med att ge brukarna den tid de behöver. Under en pandemi där vårdbehovet har ökat generellt inom flera boenden så menar de att följderna ofta blir att tiden för omsorg och omvårdnad brister.

Samtal med pensionärsrådet

Av vårt samtal med representanter från kommunstyrelsens pensionärsråd framkommer att de menar att anhöriga har klivit in och tagit större ansvar för sina äldre under pandemin. Detta gäller såväl anhöriga till brukare med hemtjänstinsatser som till brukare som skulle behöva bo på vård- och omsorgsboenden. Det har främst handlat om rädsla hos de äldre och deras anhöriga för att de äldre ska bli smittade i covid-19 inom verksamheterna. Under inledningen av pandemin var det flera brukare som sa upp hemtjänstinsatserna samt äldre som avvaktade med att flytta in på vård- och omsorgsboende. Anhöriga har i stället ställt upp och hjälpt sina äldre med olika stöd och insatser i sina hem.

Sammanfattningsvis bedömer vi att verksamheternas kommunikation till anhöriga i vissa fall har haft brister. Bland annat kring information om aktuellt läge i verksamheterna samt vilka åtgärder som vidtagits. Anhöriga har även saknat mer kontinuerlig information om medicinsk status gällande sin närstående brukare då de själva inte har kunnat genomföra besök. När detta har tagits upp med boendena har det ofta gått



att lösa. Besöksförbudet har varit det mest utmanande och påverkat såväl brukare som anhöriga negativt.

Besöksförbudet hade behövt vara något mer nyanserat och i högre grad sett till brukarna och deras individuella behov.

Anhöriga har även tagit stort ansvar för att hjälpa sina äldre under perioder då brukare sagt upp sina hemtjänstinsatser på grund av rädsla för smitta. Det finns också äldre som valt att inte flytta in på boenden trots att de kanske behövt, på grund av rädsla för smitta, och i stället har anhöriga bidragit med hjälp och stöd i hemmet.

5.9. Särskilda vårdplatser

I slutet av mars 2020 etablerades snabbt ett antal särskilda vårdplatser genom ett samarbete mellan Region Stockholm och Stockholms stad för att minska belastningen på sjukvården. De särskilda vårdplatserna etablerades vid Fristad i Bromsten och Edö i Farsta.

Initiativet kring särskilda vårdplatser kom som en förfrågan från Region Stockholm som behövde hjälp av Stockholms stad med att få till stånd särskilda vårdplatser. Bakgrunden till etableringen av särskilda vårdplatser var akutsjukhusens begränsade möjlighet att ta hand om ett stort antal svårt sjuka patienter. De särskilda vårdplatserna skulle utgöra en ny form av vårdmodell, som små minisjukhus, utanför akutsjukhusen. De särskilda vårdplatserna skulle avse ett bredare uppdrag än den kommunala äldreomsorgen via vård- och omsorgsboenden. De särskilda vårdplatserna syftade till att ta emot patienter med stora behov av sjukvårdsinsatser inom staden men även från hela Region Stockholm. Främst gällde detta äldre och individer med insatser inom LSS men kunde även avse andra grupper.

Funktionens uppdrag

Syftet med de särskilda vårdplatserna var att avlasta slutenvården avseende personer som var smittade med covid-19 men som inte behövde intensivvård. Målgruppen var personer som av medicinska eller andra skäl var i behov av stora omsorgsinsatser och inte kunde vårdas i hemmet, men som inte kunde prioriteras på sjukhusen. Beslut om vårdplatserna fattades av Region Stockholm och tanken var att staden som en stor organisation hade goda förutsättningar för att etablera dessa snabbt. Vilka verksamheter som skulle upprätta vårdplatserna bestämdes av lokalenheten på SLK och grundade sig på vilka tomställda enheter som fanns att tillgå, Fristad och Edö.

Organisering och rollfördelning

Stadsdelsdirektörerna för Spånga-Tensta och Farsta stadsdelsförvaltning fick uppdraget i mitten/slutet av mars 2020. Fristad i Spånga-Tensta skulle omfatta 87 platser och Edö i Farsta 79 platser men med möjlighet att ytterligare öka till 129 platser. Region Stockholm skulle ansvara för all hälso- och sjukvård inklusive personalens skyddsutrustning. Stockholms stad skulle ansvara för lokaler, drift, logi, mat samt övriga omsorgsinsatser. Ganska snart ändrades dock detta så att stadsdelsförvaltningarna även fick i uppdrag att se till att sjuksköterskor fanns på plats.



En rekryteringsprocess för personal fanns på plats redan efter några dagar och uppnådde ett bra gensvar, vilket innebar att flera undersköterskor anställdes på bara några timmar. Givet att de särskilda vårdplatserna inte drog i gång som tänkt fick denna personal ingå i förstärkningsteamet inom hemtjänsten tills vidare som hade i uppdrag att arbeta med konstaterat och misstänkt covid-19-smittade inom hemtjänsten i Spånga-Tensta, Rinkeby-Kista och på kvällstid i Hässelby-Vällingby.

Etablering

Det krävdes en hel del av de chefer och medarbetare som fick ansvar för att etablera de särskilda vårdplatserna. De arbetade under högt tempo och engagerade kollegor och aktörer för att detta skulle gå så fort som möjligt. Det var många parter som drev på etableringen såsom Region Stockholm, SLK och de två stadsdelsförvaltningarna. Etableringen karaktäriserades av en god intern samverkan mellan förvaltningarna.

För de två lokalerna där vårdplatserna skulle etableras var man snabbt i gång med att iordningställa lokalerna. Det krävdes en del ombyggnation, bland annat kring el och VVS som fastighetsägaren genomförde relativt snabbt. Det handlade också om att ordna med möbler och införskaffa grundläggande saker som sängar, sköljare, spolar, medicinförråd, kylar, etc. Man lyckades bland annat få tag på gamla bortskänkta sängar som transporterades snabbt från Skåne till Stockholm.

Intervjupersonerna menar att det trots vissa otydligheter och ryckigheter i beslut och ansvar initialt arbetades oerhört fort och effektivt. Man var lösningsorienterad, samarbetsvillig och arbetade för att hitta kontakter och lösa problem. Detta arbetssätt, i kombination med val av lokaler, gjorde att de särskilda vårdplatserna var redo att starta upp redan efter tio dagar.

I slutet av juni 2020 togs beslut om att inte nyttja de särskilda vårdplatserna som hade iordningställts då dessa inte längre behövdes, efter beslut från både Region Stockholm och Stockholms stad.

Sammanfattningsvis, de särskilda vårdplatserna etablerades i ett samarbete mellan Region Stockholm och Stockholms stad i slutet av mars 2020 för att avlasta slutenvården. Vårdplatserna kom dock aldrig att användas utan avvecklades i juni 2020 då behovet aldrig uppstod. Överenskommelsen var att Stockholms stad skulle ansvara för lokaler, drift, logi, mat samt omsorgsinsatser (senare även sjuksköterskor), och Region Stockholm skulle ansvara för hälso- och sjukvård och skyddsutrustning. Redan efter tio dagar var de särskilda vårdplatserna redo att starta upp – då rekryteringsprocess och iordningsställande av lokaler kom i gång snabbt. Detta trots vissa otydligheter och ryckigheter i beslut. Framgångsfaktorer som lyftes var att man var lösningsorienterad och samarbetsvillig. I efterhand kan det dock anses som något synd att dessa aldrig utnyttjades givet den kraft och de resurser som lades på att snabbt etablera dessa. De hade rimligen kunnat vara ett bra stöd och avlastning för såväl vård- och omsorgsboenden som för avlastning av slutenvården.



6. Hemtjänst

I följande kapitel redogör vi för hur pandemin har påverkat och hanterats inom hemtjänsten i Stockholms stad. Redogörelsen utgår från de frågeställningar som ingått i utvärderingen och bygger på intervjuer med tre utförarverksamheter och dokumentation i form av beslut, riktlinjer och andra underlag. Beskrivningen ger en bild av hur hemtjänstverksamheterna har påverkats under perioden mars 2020 till och med februari 2021.

6.1. Pandemins påverkan på verksamheterna

Covid-19-pandemin har, liksom inom vård- och omsorgsboenden, påverkat hemtjänstverksamheten. Hemtjänsten har dock inte påverkats i samma utsträckning som verksamheten och brukarna inom vård- och omsorgsboenden. Hemtjänsten har haft en betydligt lägre andel smittade brukare (se avsnitt 3.3.). Flera brukare av hemtjänstinsatser avsåg sig också en del av insatserna under den mest kritiska perioden på grund av oro för smitta⁵³. Eftersom hemtjänsten inte påverkats i samma utsträckning har också urvalet begränsats till endast tre hemtjänstutförare, vilket i sig innebär att vi inte kan dra lika säkra slutsatser.

6.1.1. Upprätthållande av ordinarie verksamhet och uppställda krav på omsorg

Den verksamhet som bedrivs inom stadens hemtjänst regleras främst av socialtjänstlagen (2001:453). Av lagen framgår att kommunerna, genom bland annat hemtjänst, bör underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. De insatser som hemtjänsten hjälper till med innefattar bland annat tvätt och påklädning, städ och disk, handling och andra ärenden samt matlagning.

De personer inom hemtjänsten som intervjuats uppger att de över lag har upplevt att den ordinarie verksamheten inom hemtjänsten fungerat under pandemin. Inom flera hemtjänstverksamheter inom staden har ett ökat antal brukare avböjt eller pausat hemtjänstinsatserna, vilket lett till en mindre mängd belagda timmar och intäktsbortfall. Det handlade framför allt om brukare som avsåg sig tjänsterna tillfälligt på grund av rädsla eller oro kring smitta, men också brukare som har flyttat till vård- och omsorgsboende eller gått bort under perioden. Uppsagda insatser avser främst serviceinsatser som städning, tvätt och inköp. Intervjupersonerna uppger att det inte är någon brukare med omfattande omsorgsinsatser som har tackat nej till hemtjänstinsatser. Tjänster som matinköp har hanterats genom att hemtjänstpersonalen handlat och lämnat utanför dörren. Även anhöriga uppges ha hjälpt till i ökad uträkning då brukare pausat insatserna.

⁵³ Inom ramen för utvärderingen har det inte varit möjligt att hitta en sammanställning av omfattning. En hemtjänstutförare har uppgett en minskning av hemtjänstinsatser med omkring 25 procent under våren 2020.



"När sommaren kom hade vi tappat 25 procent av brukarna. Det handlade om vissa som avlidit eller flyttat till vård- och omsorgsboenden, men även de som av sagt sig tjänster för att de inte ville träffa personal." (Enhetschef, hemtjänst)

Vid perioder med tillfälligt hög frånvaro bland personal har hemtjänstverksamheterna hanterat detta genom att exempelvis flytta fram städning och andra mindre viktiga insatser hos vissa brukare, framför allt i början av pandemin. Ledsagningar och liknande sociala tjänster har inte blivit av i lika stor uträckning då brukarna inte deltagit på aktiviteter eller uträttat ärenden i samma utsträckning som normalt. Brukare har heller inte följt med och handlat mat på samma sätt som i normalfallet.

För att minska risken för smittspridning uppger de tre verksamheterna att de har arbetat med att få till en högre personalkontinuitet för brukarna. De har schemalagt och planerat för att en brukare ska träffa så få olika medarbetare vid så få tillfällen som möjligt.

"Vi har planerat för ökad personalkontinuitet och att mindre insatser till brukare sker samma dag (t.ex. städ och inköp)." (Medarbetare, hemtjänst)

I intervjuerna lyfter två av hemtjänstverksamheterna att de har lagt om starttider för medarbetarna så att de kan samlas på kontoret i mindre grupper än tidigare. Syftet var att begränsa risken för smittspridning mellan medarbetare, men de har även märkt andra fördelar med detta. En av dem säger att man såg att det var arbetsmässigt fördelaktigt då medarbetarna arbetade ihop sig på ett annat sätt och hade chans att diskutera och ställa frågor. En annan tycker att det även var bra då det bidrog till mindre trängsel. APT har också i flera av verksamheterna delats upp i mindre grupper och då hållits vid flera tillfällen istället. Den närhet detta skapat är särskilt viktigt att dra lärdomar av och utveckla framåt.

Hemtjänstverksamheternas bild av brukarnas perspektiv

Samtliga medarbetare inom de verksamheter som har intervjuats upplever att brukarna inom hemtjänsten har varit förstående och känt sig delaktiga i hanteringen av pandemin och att det funnits en stor tolerans bland brukarna. En medarbetare uppger att man från verksamheternas sida avsiktligt varit mer flexibel och inlyssnande då en del brukare varit oroliga. En hemtjänstutförare lyfter en uppföljning som gjorts där brukare intervjuats om hur de upplevt hemtjänstinsatserna under pandemin. Dessa intervjuer uppges ha visat att brukarna varit nöjda, känt en trygghet av personalen men att de upplevt brist på sociala aktiviteter. Av intervjuerna nämner medarbetarna att de fått en bild av att brukare har känt sig mer ensamma än normalt och önskat längre besökstider av hemtjänsten, vilket verksamheterna har haft svårt att bemöta.

Flera medarbetarna lyfter att det förekommit att brukare tyckte att det varit otäck när personal dykt upp med munskydd och visir i deras hem. Brukarna hade ibland svårt att höra vad personalen sa bakom skyddet. Personalen har försökt förklara varför de har på sig skydden och att det handlar om såväl brukaren som medarbetarens säkerhet. Dessa problem var störst under våren 2020, i början av pandemin, när användning av skyddsutrustning var nytt för många. Enhetscheferna som intervjuats berättar att



medarbetare ibland ringt och sagt att de inte kunnat utföra tjänster för att brukaren inte ville att de skulle ha skyddsutrustning. Då har de fått avbryta hjälpen och följt upp med brukaren vid ett senare samtal. Under inledningen av pandemin förekom det även att brukare reagerade på att hemtjänstpersonalen inte hade skyddsutrustning. Detta var under den period då riktlinjerna var att endast använda skyddsutrustning vid misstänkt eller konstaterad smitta.

6.1.2. Inrättande av förstärkningsteam

Den 6 april 2020 fattade CKL beslut om inrättande av särskilt covid-19-team för att minska smittspridningen inom hemtjänsten. Kort därefter, den 24 april, fattade KLN beslut om att alla äldre med hemtjänstinsatser med konstaterad eller misstänkt covid-19 skulle erbjudas hjälp av ett särskilt förstärkningsteam. Beslutet gällde med omedelbar verkan och syftade till att förebygga smittspridning av covid-19.

I samband med beslutet om förstärkningsteam publicerade äldreförvaltningen en promemoria⁵⁴ som tydliggjorde förstärkningsteamens upplägg. Förstärkningsteamet skulle bestå av särskilt avdelad personal som enbart skulle ge insatser till de brukare som var misstänkt eller konstaterat smittade i covid-19. Förstärkningsteamets personal skulle vara utbildade och ha goda kunskaper om arbetsmetoder kring basala hygienrutiner, användning av skyddsutrustning och hur man arbetar för att minska smittspridningen. Vidare framgick att förstärkningsteamet skulle vara aktiva dygnet runt. Privata hemtjänstverksamheter uppmanades starta egna förstärkningsteam. De privata utförare som inte hade möjlighet att starta eget team erbjöds använda den kommunala hemtjänstens förstärkningsteam. I dessa fall har biståndshandläggaren ansvarat för att informera brukaren om förstärkningsteamet och erbjudit att den kommunala hemtjänstens förstärkningsteam tillfälligt går in.

Samtliga stadsdelsförvaltningar startade förstärkningsteam under våren och sommaren 2020. Av dessa avvecklades ett antal team under sommaren allteftersom behoven minskade. De hade dock beredskap att starta igen om det hade krävts. Vissa stadsdelsförvaltningar inrättade förstärkningsteam genom att använda tjänsten *Tryggt mottagande i hemmet*⁵⁵ som då övergick till att utgöra en del av förstärkningsteamet. Andra har inrättat förstärkningsteam med befintlig personal, eller rekryterad extra personal. Att inrätta förstärkningsteam innebar ökade personalkostnader, dels kopplat till utbildning och introduktion, dels genom höjd bemanning. Vissa stadsdelsförvaltningar har samverkat och delat på samma förstärkningsteam, då antalet brukare som haft behov av teamet varit få.⁵⁶

En del hemtjänstverksamheter hade i början svårt att få personal att arbeta i förstärkningsteam då medarbetarna var rädda för att möta brukare med smitta, ofta på grund av oro att själv bli smittad. Av de intervjuade hemtjänstverksamheterna var

⁵⁴ Äldreförvaltningen, 2020. Förstärkningsteam inom hemtjänsten.

⁵⁵ Tjänst med extra stödinsatser av särskild hemtjänstpersonal under ett par veckors tid efter hemkomst från sjukhusvistelse. (Äldrecentrum, 2019. Att komma hem från sjukhus och få ett tryggt mottagande.)

⁵⁶ Stockholms stad, 2020. Nämndernas Tertialrapport Tertial 2.



det främst en av dem som hade denna utmaning. I detta fall har förstärkningsteamerna bemannats med särskilt rekryterad personal.

Den generella uppfattningen bland de intervjuade hemtjänstverksamheterna är att förstärkningsteamerna fungerade mycket bra. De har utgjort ett bra stöd till den begränsade grupp av brukare som har fått insatser av teamerna. Detta framkommer även från stadsdelsnämndernas tertialrapport Tertial 2.⁵⁷

"Inrättandet av förstärkningsteam genererade en väldig skillnad i trygghet för oss. Vi visste då att vi inte skulle gå till någon som var smittad, även om vi skulle behandla alla brukare som om de var smittade." (Medarbetare, hemtjänst)

Sammanfattningsvis görs bedömningen att den ordinarie verksamheten i stort har fungerat under pandemin. Hemtjänsten upplevde under pandemins första månader ett minskat antal hemtjänstinsatser då brukare pausade eller sa upp insatserna tillfälligt, ofta på grund av oro och rädsla för smitta. Intervjupersonerna uppger att uppställda krav på omsorg har kunnat uppnås under pandemin.

Förstärkningsteamerna har fungerat bra och bedöms ha varit ett bra sätt att begränsa smittspridningen av covid-19 inom hemtjänsten. Bemanning av förstärkningsteamerna har oftast hanterats med befintlig personal. Men det förekommer även att verksamheterna har haft svårt att bemanna förstärkningsteamerna på grund av rädsla för att bli smittad, i dessa fall har verksamheterna rekryterat särskild personal till teamerna.

6.2. Bemanning och arbetssituation under pandemin

6.2.1. Bemanning och rekrytering

Även inom hemtjänsten var det under inledningen av pandemin periodvis en hög frånvaro bland medarbetare. Frånvaron bedöms både ha bestått av egen sjukdom, vård av barn/anhörig och av oro för att själv bli smittad i arbetet.

"Det var mycket personal som var frånvarande i början, aningen på grund av sjukdom men också på grund av rädsla i vissa fall." (Medarbetare, hemtjänst)

Sjukfrånvaron bland medarbetare bedöms ha hanterats genom att i hög grad bemanna upp med vikarier. En verksamhet uppger att de överbemannade med vikarier under sommaren och hösten 2020. Rekrytering av ny personal har skett med olika anställningsformer. För två av de intervjuade verksamheterna framförs att det har räckt med att komplettera med timanställningar som schemalagts över längre perioder medan den tredje verksamheten utöver visstidsanställningar även har nyrekryterat med fasta tjänster. Verksamheterna i egen regi har även mottagit stöd med bemanning från förskolan som fick personal över då barn hölls hemma från förskolorna. Stadsdelsförvaltningarnas HR-funktioner, liksom den privata aktörens HR-funktion har stöttat verksamheterna med rekrytering.

⁵⁷ Ibid.



Brukares uppsägning av vissa tjänster har även påverkat behov av personal eftersom mängden utförartimmar minskade under inledningen av pandemin. Till sommaren 2020 uppger intervjupersonerna att bemanningen i verksamheterna var relativt god.

6.2.2. Chefer och medarbetares arbetssituation

Precis som inom vård- och omsorgsboenden har covid-19-pandemin inneburit en generellt högre arbetsbelastning för chefer och medarbetare. Inom hemtjänsten har det i hög grad handlat om snabb kompetensutveckling, nya arbetsätt och hantering av den nya arbetssituation som pandemin medförde.

Medarbetares arbetssituation

För medarbetare har pandemin inneburit en extra hög arbetsbelastning under perioder med hög sjukfrånvaro och svårigheter att hitta vikarier. Detta uppges dock ha varit under korta perioder och däremellan har det funnits tid för återhämtning. Insatser i form av bland annat rekrytering av extrapersonal, nyttjande av timavlönade och omplaceringar gjorde att verksamheterna kunde bevilja semester under sommaren samt runt jul och nyår.

Under inledningen av pandemin upplevde medarbetare stress och rädsla för att själva bli smittade i arbetet. Detta var dock tidigt då rutiner och ny kunskap inte hade satt sig och medarbetare än så länge var osäkra kring på vilket sätt skyddsutrustning skulle användas. Under inledningen av pandemin var det även stor brist på skyddsutrustning vilket bidrog till ökad oro.

Under sommaren upplevdes arbetssituation som god med få smittade brukare och en normal bemanning. Under senhösten, oktober 2020, återkom smittan under andra vågen men då fanns helt andra rutiner och skyddsutrustning på plats, liksom testmöjligheter och förstärkningsteam vilket sammantaget innebar en helt annan arbetssituation.

Chefers arbetssituation

Av intervjuerna med chefer är bilden att arbetssituationen sett olika ut. Några chefer uppger att de har lyckats hantera situationen bra och haft stöd från biträdande chefer och ledning. Andra menar att det periodvis var hårt belastade, arbetade betydligt mer och fick ta ett stort ansvar för hanteringen i hög grad själva.

"Det har varit en extrem situation med mycket att hålla reda på. Det tog cirka två veckor in i semestern innan jag 'var mig själv' igen." (Enhetschef, hemtjänst)

Enhetscheferna för hemtjänstverksamheterna i egen regi uppger att de hade önskat mer stöd i sin ledarroll för att själva kunna stötta och coacha medarbetare. De uppger också att de hade önskat en högre grad av samverkan mellan enhetschefer för hemtjänstverksamheter.



Relationen mellan chefer och medarbetare

I samtliga intervjuer med enhetschefer framkommer att deras ledarskap under pandemin har karaktäriserats av närvaro och tillgänglighet. Det har under krisen handlat om att finnas nära medarbetarna varje dag, att vara fysiskt närvarande så mycket som möjligt och utöver det finnas tillgänglig via telefon eller mail. Cheferna har behövts för att informera och svara på frågor, både på individnivå och i medarbetargrupper.

"Trots ny situation för alla har vi fått bra information och hjälp. Chefen var helt fantastisk, tillgänglig, effektiv, fanns där och hjälpte även till hos brukare när det behövdes. En riktig problemlösare." (Medarbetare, hemtjänst)

Medarbetarna anger i intervjuerna att de också upplevt att deras chefer har varit närvarande och gett ett bra stöd under pandemin. Upplevelsen är att man har fått det stöd som behövts från chef, samordnare och kollegor under pandemin och att det funnits en hjälpsamhet och vilja att täcka upp för varandra.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det periodvis uppstod en hög frånvaro bland medarbetare under inledningen av pandemin, vilken bedöms både ha orsakats av egen sjukdom, vård av barn och av oro för att själv bli smittad i arbetet. Frånvaron orsakade utmaningar kring bemanning och hanterades genom att bemanna upp med vikarier och i viss mån rekrytera extra personal.

Generellt har pandemin inneburit en ökad arbetsbelastning för såväl medarbetare som chefer inom hemtjänsten. Det handlade dels om svårigheter att hitta personal för att täcka upp, dels om rädsla för smitta i arbetet – bland annat kopplat till skyddsutrustning. Under sommaren och hösten 2020 när nya rutiner och kunskap hade satt sig infann sig ett annat lugn bland medarbetare. Chefer inom hemtjänsten bedöms ha varit närvarande och tillgängliga under pandemin.

6.3. Tillgång till skyddsutrustning

Liksom för vård- och omsorgsboendena ska skyddsutrustning i hemtjänsten utgå från den bedömda risken i en aktuell vård- och omsorgssituation och det är verksamhetens chef som är skyldig att se till att det finns personlig skyddsutrustning.

Tillgången till skyddsutrustning var mycket begränsad under pandemins första månader. Hemtjänsten hade inte några lager av utrustning och den skyddsutrustning som skulle behövas fanns inte i deras ordinarie beställningssortiment.

De medarbetare som vi intervjuat var under pandemins första månader mycket oroad över bristen på skyddsutrustning och försökte hitta innovativa lösningar tillsammans med cheferna, både genom egen tillverkning och genom inköp från andra kanaler än normalt sätt.

Under inledningen av pandemin var det en stor brist på skyddsutrustning inom hemtjänsten. Bedömningen från intervjuerna är dock att verksamheterna över lag har haft tillgång till skyddsutrustning när det behövts utifrån de riktlinjer som då gällt. Under



pandemins första månader skulle skyddsutrustning enbart användas vid misstänkt eller konstaterad smitta. Det fanns dock skillnader i vilken typ av utrustning som då var tillgänglig. Två medarbetare uppger att de i början tvättade och spritade händerna, använde engångshandskar, men att många använde egengjorda visir och munskydd. Under den här perioden ingick dock inte munskydd och visir i riktlinjerna kring skyddsutrustning för äldreomsorg. Som nämnts i avsnitt 5.3. har riktlinjerna för skyddsutrustning ändrats och förstärkts vid flera tillfällen under 2020, och det har periodvis varit svårt för verksamheterna att ha koll på vad som gäller. Under perioder under våren 2020 var tillgången till handskar bristfällig och en del av verksamheterna var även rädda att bli utan förkläden, men de uppger ändå att de aldrig stod helt utan, en intervjuperson berättar att de köpte in genomskinliga soppåsar som substitut. Av intervjuerna framkommer att det tog cirka två månader innan samtliga upplevde att de hade tillgång till skyddsutrustning i tillfredsställande mängder, det vill säga slutet av maj 2020.

"Jag köpte egen ansiktsmask privat för att skydda mig själv och brukarna. Flera kollegor gjorde detsamma eller hade egna innovativa sätt att tillverka eget skydd." (Medarbetare, hemtjänst)

Samtliga intervjupersoner upplever att den centrala materialfunktionen som staden inrättade under våren 2020 har fungerat bra. Dock upplevdes den initialt som rörig, det var svårt att få återkoppling på beställningar och flera gånger fick de endast en begränsad del av det som beställdes. Detta berodde dock på det inte fanns tillräckligt med skyddsmaterial att fördela, se vidare i kapitel 7 Central materialfunktion. Det var först i maj 2020 som tillräckliga lager började fyllas på och som verksamheterna började få den skyddsutrustning som beställdes. Trots begränsade leveranser under sommaren så har det därefter inte varit någon brist på tillgång till skyddsutrustning i verksamheterna.

En hemtjänstutförare i privat regi uppges ha haft en bättre tillgång till skyddsutrustning redan under inledningen av pandemin. En osäkerhet om lagren skulle räcka har dock funnits periodvis även hos denna. Företaget har en central inköpsavdelning som hanterat inköp och leveranser. Inköpsavdelningen köpte tidigt in olika typer av skyddsutrustning från diverse leverantörer. De införde krav på att personal skulle ha visir från mitten på maj 2020 och uppges inte ha haft några problem med att tillämpa det. Denna verksamhet har inte använt sig av stadens centrala materialfunktionen, utan har hanterat tillgången till skyddsutrustning på egen hand.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att hemtjänstverksamheternas tillgång till skyddsutrustning var mycket begränsad under mars-april 2020. Under denna tid fanns en oro bland chefer och medarbetarna huruvida skyddsutrustningen skulle räcka till nästa dag och de gjorde allt i sin makt för att få tag i skydd på egna vägar. Verksamheterna stod dock aldrig utan skyddsutrustning utifrån de riktlinjer som då gällde. Från maj 2020 började tillgången vara tillfredsställande och verksamheterna erhöll leveranser från Stockholms stads centrala materialfunktion.



6.4. Basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning

Covid-19-pandemin har ställt stora krav på nya rutiner och arbetssätt inom äldreomsorgen. En stor del handlar om hantering av smittsamma sjukdomar och därmed att säkerställa goda hygienrutiner och korrekt användning av skyddsutrustning.

Hemtjänstinsatserna utförs i hemmet hos en brukare. För att förbättra förutsättningarna för medarbetare att använda rätt skyddsutrustning har de två hemtjänstverksamheterna i egen regi som vi intervjuat infört särskilda ryggsäckar med paket som packats med skyddsutrustning som behövts under en arbetsdag. Det har inte funnits någon gemensam riktlinje eller metod för detta från staden, men i intervju med en avdelningschef inom äldreomsorg på en av stadsdelsförvaltningarna framkommer att ledningen beslutade om dessa ryggsäckar för att trygga brukarna av hemtjänst. I ryggsäckarna har det funnits flera "skydds-kit" som en medarbetare behövt för att ta sig runt till brukarna under ett arbetspass. Dessa kit har innehållit handsprit, handskar, förkläde, ytdesinfektion och annat om det behövts utifrån gällande riktlinjer, exempelvis tillkom munskydd och visir senare. Skyddsutrustningen har bytts mellan varje brukarbesök. Cheferna har sett till att medarbetarna har det som behövts innan de startar sitt pass.

6.4.1. Följsamhet av basala hygienrutiner och skyddsutrustning

I avsnitt 5.4.1. om vård- och omsorgsboenden framgår att basal hygien omfattar handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder, samt rutiner kring hår, skägg, naglar och smycken. Samma definition gäller inom hemtjänsten.

De hemtjänstverksamheter som har intervjuats har olika syn på hur bra följsamheten till riktlinjer om basala hygienrutiner och skyddsutrustning varit bland medarbetarna i respektive utförarverksamhet. Det finns dock en enig bild om att information, närvarande ledarskap, stöttning och coachning är framgångsfaktorer för att få till en bra efterlevnad.

Av intervjuerna framkommer att följsamheten till basala hygienrutiner har brustit. Två enhetschefer lyfter att det till stor del beror på språkförbistring och svårigheter att förstå utbildningar och information. Vidare har inarbetade arbetssätt och rutiner varit svåra att ändra vilket påverkat följsamheten. Det finns också brister i grundläggande kompetens och vetskap om basala hygienrutiner.

"Vi gjorde egna observationer på basala hygienrutiner i september och oktober där det framkom många brister. Exempelvis var det många medarbetare som inte riktigt visste när de skulle använda förkläde eller vid vilka tillfällen de skulle byta förkläde, detsamma gällde handskar." (Enhetschef, hemtjänst)

Intervjupersonerna redogör för att det har varit en utmaning att följa upp att skyddsutrustningen har använts på rätt sätt samt att alla nåtts av informationen eftersom medarbetarna använder utrustningen själva när de genomför hemtjänstinsatserna. Merparten av insatserna utförs i regel av en ensam medarbetare, utan möjligheter till stöd av kollegor och sjuksköterskor på motsvarande sätt som inom vård- och omsorgsboenden. Verksamheternas ledningar har som en del av uppföljningen ringt



brukare och frågat om deras upplevelse och hur medarbetarna hanterat skyddsutrustningen på plats. I vissa fall har efterföljande individuell handledning getts utifrån behov.

Under våren 2020 gjorde äldreförvaltningen en granskning av användningen av arbetskläder⁵⁸ bland några av stadens hemtjänstverksamheter, i både privat och kommunal regi. Granskningen visade att verksamheterna själva upplevde att följsamheten till basala hygienrutiner har blivit bättre än innan pandemin – men brister kvarstod vid vissa verksamheter. Inga väsentliga skillnader i resultat mellan privat och kommunal regi kunde dock noteras. En brist som påvisades var att många inte arbetade med en komplett uppsättning arbetskläder, vilket uppgavs bero på överkänslighet mot materialet eller att det saknades rätt storlek eller rena kläder. Det hände även att personalen tvättade sina arbetskläder hemma, främst av rädsla att bli av med sina utvalda kläder eller att de inte litade på att kollegorna tvättade rätt. Under senhösten gjordes en uppföljande granskning⁵⁹ som visade att de flesta hade förbättrat sin användning av arbetskläder. Det fanns dock fortfarande brister och framgick att utförare i privat regi hade förbättrat sig i högre grad än verksamheter i egen regi.

6.4.2. Utbildning och stöd

I intervjuerna framkommer att hemtjänstverksamheterna har informerat sina medarbetare om riktlinjer kring skyddsutrustning och basala hygienrutiner på flera olika sätt. I samtliga verksamheter har information framförts både skriftligt och muntligt. De medarbetare som intervjuats anger att informationen har kommit till dem på ett tydligt sätt och att kommunikationen har varit en viktig del i att få det att fungera.

En av enhetscheferna i egen regi har arbetat helt på egen hand med att omsätta och få ut informationen i sin verksamhet, medan den andra har fått stöd från sin avdelningschef på stadsdelsförvaltningen. Den sistnämnda har själv sammanställt den information som kommit från Region Stockholm, Folkhälsomyndigheten, äldreförvaltningen och på ett tydligt sätt markerat det som varit extra viktigt för verksamheterna att känna till. Detta har sedan skickats till biträdande chefer eller direkt till medarbetarna. En verksamhet ger exempel på att de använt en ny funktion i form av hygienombud som funnits nära verksamheten och erbjudit stöd kring rutiner och riktlinjer.

För att säkerställa god kunskap om basala hygienrutiner och rätt användning av skyddsutrustning betonar flera intervjupersoner vikten av att informera och utbilda i detta. Det var även viktigt att göra detta för att stilla medarbetarnas rädsla och oro i början. I samtliga intervjuer med medarbetare lyfts att den skriftliga informationen kom till dem genom att cheferna har skickat ut mail eller att dokument har delats ut på arbetsplatsen, satts upp på anslagstavlor och lämnats på bord runt om i verksamheten. För verksamheterna i egen regi som intervjuats har respektive medicinskt ansvarig sjuksköterska från stadsdelsförvaltningen varit på plats i verksamheterna. De har då

⁵⁸ Äldreförvaltningen, 2020. Äldreförvaltningens granskning av arbetskläder, Dnr 4.3–316/2020.

⁵⁹ Äldreförvaltningen, 2020. Äldreförvaltningens uppföljande granskning av arbetskläder – hösten 2020, Dnr 4.3–316/2020.



pratad med medarbetarna om covid-19, haft korta utbildningar om basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning och svarat på frågor. Detta trots att de medicinskt ansvarig sjuksköterskornas ansvar i vanliga fall inte inkluderar hemtjänsten. Cheferna upplevs ha varit tydliga med att det var viktigt och att alla behövde ta till sig informationen.

Medarbetarna har också fått information muntligt genom att enhetscheferna var på plats tidigt varje morgon och inför varje nytt arbetspass. Frekvensen på dessa informationstillfällen har varierat utifrån behov. På mötena har de gått igenom ny information, pratat ihop sig kring arbetsätt och nya rutiner och medarbetarna har fått möjlighet att ställa frågor. Mötena har även fungerat som ett forum där medarbetarna delat erfarenheter och stöttat varandra. Medarbetarna har även genomfört utbildningar från bland annat Socialstyrelsen, Vårdhygien och äldreförvaltningen.

"Då verksamheten fick in smitta ledde det till stor rädsla och oro. Men då vi haft smittade brukare och sett att skyddsutrustningen fungerar har medarbetarna börjat tro på det mer, och blivit mer noggranna, än när de bara fått information kring utrustningen." (Enhetschef, hemtjänst)

Den privata utförarverksamhet som intervjuats har även arbetat med visuella metoder, genom bilder och film kring användning av skyddsutrustning och basala hygienrutiner. Som beskrivs i avsnitt 4.1.2. har denna utförare utvecklat en medarbetarapp som även använts i detta syfte för att förmedla information, nya rutiner och riktlinjer, för att genomföra utbildningar etcetera.

Samtliga enhetschefer som intervjuats nämner att en stor utmaning har varit att få ut information till medarbetarna och att få dem att verkligen förstå vad den innebär och hur den ska tolkas. De menar att språkbarriärer och språkförbistring har gjort det svårt att nå ut med informationen. En av intervjupersonerna säger att de sedan våren 2020 haft information på olika språk till medarbetarna, men att den kanske ändå inte helt nått ut. De verksamheter som har intervjuats har även använt sig även av olika filmer och bilder för att förmedla information kring riktlinjer och rutiner, vilket var ett sätt att hantera utmaningen med språket.

Ytterligare en utmaning för såväl chefer som medarbetare i arbetet med utbildning och stöd kopplar till den snabba förändring som skedde under inledningen av pandemin med ständigt ny och uppdaterad information.

En medarbetare ger exempel på en utmanande situation när de arbetat med brukare som även har hemsjukvård som Region Stockholm ansvarar för. I dessa situationer har hemtjänstpersonal och regionens sjuksköterskor mötts i brukares hem med delvis olika skyddsutrustning. Till exempel hade hemtjänstmedarbetarna inte munskydd som standard i början, vilket sjuksköterskorna hade. Sjuksköterskorna ifrågasatte då starkt varför hemtjänstpersonalen inte hade munskydd. I en annan situation påpekade en sjuksköterska att intervjupersonens duschförkläde inte skyddade mot virus, utan att hen behövde annan skyddsutrustning. Dessa händelser skapade en oro bland hemtjänstmedarbetarna, med frågor kring varför de inte skulle och kunde skydda sig på samma sätt som regionens personal.



Sammanfattningsvis kan konstateras att det har funnits brister i följsamhet till basala hygienrutiner inom hemtjänsten. Det framkommer både av våra intervjuer och av äldreförvaltningens granskning av arbetskläder. Det har varit en utmaning för enhetscheferna att följa upp följsamhet och användning av skyddsutrustning eftersom medarbetarna oftast utför hemtjänstinsatser själva hemma hos en brukare.

Det har krävts ett relativt omfattande arbete i verksamheterna med utbildning och stöd för att säkerställa att medarbetare getts kunskaper om basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning. Medarbetarna uppger att de har fått information på ett tydligt sätt och att chefernas ledning och kommunikation har varit en nyckelfaktor i detta. Cheferna menar att det har varit utmanande att nå ut med informationen och säkerställa att medarbetaren har förstått och arbetar utifrån anvisningar och rutiner. Ytterligare utmaningar har varit språkbarriärer, kontinuerlig förändring av riktlinjerna och mängden information. Osäkerhet kring tillgång och användning av skyddsutrustning har skapat en oro bland medarbetare – där cheferna har haft en viktig roll i att informera och stödja.

6.5. Provtagning och smittspårning av personal

I Stockholms stad har hemtjänsten inget hälso- och sjukvårdsuppdrag utan det medicinska åtagandet åligger i stället respektive brukares vårdcentral som har ansvaret för hemsjukvården. Hemtjänstverksamheterna har informerat ansvarig vårdcentral om de misstänkt att en brukare varit smittad. Brukarna har därefter vanligtvis testats via vårdcentralernas regi.

Personal inom hemtjänsten har provtagits vid misstänkt smitta eller sjukdom. Som beskrivits i avsnitt 5.5. så dröjde testning av personal. Intervjupersonerna inom hemtjänsten upplever att det kom i gång först mot slutet av våren, eller sommaren 2020. Tillvägagångssättet för testning av personal har sett olika ut och varierat från att ansvarig chef ska ansöka om test till medarbetare till att medarbetaren själv beställer test. Av intervjuerna framgår att kunskapen om hur testning för medarbetare gått till varit oklar och delvis rörig på grund av skiftande och ständigt ny information. Ingen av hemtjänstverksamheterna som ingått i urvalet har angett att det skett en större screening bland medarbetarna.

Av intervjuerna framgår att det funnits utmaningar kopplat till smittspårning av brukare och att de i många fall inte ens kommit till stånd. Det är ansvarig husläkare som ansvarar för smitt-spårning kring en brukare. Av intervjuerna framgår dock att detta inte skett i praktiken då vårdcentralerna inte mäktat med detta ansvar. Här framkommer alltså en skillnad mot smittspårningen inom vård- och omsorgsboenden som bedöms ha fungerat något bättre.

Exempel på när smittspårningen inte fungerat är då brukare varit inlagda på sjukhus och där konstaterats smittade och sedan skickats hem. Tvister kring ansvar mellan sjukhus och vårdcentral har i vissa sådana fall uppstått. Ett annat ofta förekommande exempel är då en brukare testat positivt på vårdcentral med följden att vårdcentralen meddelat att de inte haft tid att smittspåra.



"Vårdcentralerna har menat att sjukhuset skulle smittspåra medan sjukhuset menat att vårdcentralen ska göra det, vilket slutat med att det inte blir någon smittspårning." (Enhetschef, hemtjänst)

En av enhetscheferna lyfter att bristerna när det gäller smittspårning inom hemtjänsten till stor del har sin grund i att Stockholms stad inte har något hälso- och sjukvårdsansvar vid sidan om hemtjänstuppsdraget. Om Stockholmskommuner, på samma sätt som i övriga landet, även hade haft uppdrag inom hemsjukvården med anställda sjuksköterskor hade smittspårningen inom hemtjänstens troligen fallit sig mer naturlig. Detta då dialogen och samverkan med vårdcentralerna sannolikt hade varit en annan.

6.6. Förändring i arbetssätt

Precis som för vård- och omsorgsboenden har pandemins direkta påverkan på hemtjänstverksamheterna, enligt intervjupersonerna, lett till en rad förändringar i arbetssätt. Nya arbetssätt och rutiner kopplat till hygien och skyddsutrustning vid kontakt med brukare har relativt snabbt införts för att förebygga smittspridning. Mer innovativa nya arbetssätt som en indirekt konsekvens av pandemin förekommer också. Många av förändringarna i arbetssätt liknar de som uppstått för medarbetarna på vård- och omsorgsboenden.

Medarbetare och chefer lyfter i intervjuerna både förändringar i arbetssätt som de behövt göra som en direkt konsekvens för att hantera pandemin samt förändringar som växt fram indirekt som man kan dra lärdomar av och arbeta vidare med.

Exempel på nya arbetssätt som genomförts som en direkt konsekvens av pandemin:

- ✦ Inrättande av förstärkningsteam.
- ✦ Förändringar i schemaläggning och bemanning för hantering av förstärkningsteam.
- ✦ Högre personalkontinuitet för brukare – planering för att en brukare ska träffa så få olika medarbetare, vid så få tillfällen som möjligt.
- ✦ Förändrade rutiner kopplat till skiftstart på kontoret, exempelvis genom att lägga om starttider så mindre grupper samlas.
- ✦ Skärpta rutiner kring basala hygienrutiner – information och utbildning, samt större medvetenhet kring hygien och risker.
- ✦ Nya arbetssätt för att skapa bättre förutsättningar för att följa basala hygienrutiner och minska smittspridningen. Exempelvis med särskilda covid-ryggsäckar.

"Även arbetsmässigt fördelaktigt att delas upp i mindre grupper på kontoret då vi 'teamar' på ett annat sätt. Då mötena hålls i mindre grupper märks att man finns nära varandra på ett annat sätt och det blir lugnare." (Enhetschef, hemtjänst)

Exempel på arbetssätt som växt fram indirekt, som man kan dra lärdomar av framåt:

- ✦ Etablering av nya funktioner som exempelvis hygienombud som undervisat kring basala hygienrutiner och skyddsutrustning.
- ✦ Ökad användning av videomöten mellan chefer inom hemtjänsten och stadsdelsförvaltningen, respektive huvudkontoret för privata aktörer.



-
- ✦ Ökad dialog och känsla av ökad tillgänglighet mellan chefer och personal inom hemtjänsten. Bland annat genom att de samlats i mindre grupper på kontoret.
 - ✦ Infört smartphones till medarbetare för att underlätta kommunikation, information och tillgänglighet.

Utifrån dessa exempel på nya arbetssätt kan vi dra slutsatsen att pandemin har lett till en hel del förändring som kan bidra till utveckling och lärande inom verksamheterna. Förhoppningsvis kommer några av dessa arbetssätt att kvarstå och utvecklas – medan andra, precis som för vård- och omsorgsboendena, kan upphöra när pandemin och smittspridningen lagt sig.



7. Central materialfunktion

I detta kapitel redogörs för den centrala materialfunktionen som etablerades inom Stockholms stad under mars 2020 för att tillmötesgå stadens behov av skyddsutrustning i verksamheterna. Syftet med denna fördjupning är att beskriva varför och hur materialfunktionen etablerades och bedöma om man lyckats fullgöra sitt uppdrag. Det är vidare viktigt att fånga lärdomar och utmaningar inför etableringar av liknande funktioner inför kommande kriser.

Redogörelsen i detta kapitel fångar materialfunktionens etablering, uppdrag, organisering och arbetsprocess samt lärdomar från arbetet kring funktionen. I avsnitt 5.3. och 6.3. ges en bild av hur skyddsutrustning har använts och hur tillgången varit inom vård- och omsorgsboenden respektive hemtjänst. Beskrivningen utgår från intervjuer med personer som arbetat i materialfunktionen samt intervjuer med utförarverksamheter som har använt materialfunktionen för beställningar.

7.1. Bakgrund och beslut om etablering

Redan i slutet av februari 2020 etablerades en planeringsgrupp för materialförsörjning inom SLK med uppgift att utreda materialförsörjningsfrågan. Planeringsgruppen leddes av funktioner på stadsledningskontoret och bestod därutöver av representanter från äldreförvaltningen, serviceförvaltningen och utbildningsförvaltningen. I samma veva gick SLK ut med uppdrag till förvaltningarna att se över deras beredskapsplaner med avseende på skyddsutrustning. Veckan därpå gjordes en översyn av beredskapsplanerna och man började ana att skyddsutrustning skulle kunna komma att bli en utmaning. Under samma tid, i slutet av februari, hade Stockholms stads ramavtalsupphandlade leverantör av vårdmaterial, OneMed, åberopat force majeure på grund av materialbrist på världsmarknaden för andningsskydd och skyddshandskar. I massmedia började det komma inlägg och rubriker om brister på skyddsutrustning i vården och omsorgen. Mot bakgrund av detta fattade planeringsgruppen beslut om inventering av skyddsutrustning inom stadens verksamheter. Av inventeringen framkom att befintlig lagerhållning av skyddsutrustning var mycket låg och man förstod att man skulle behöva centralisera materialförsörjningen framåt i syfte att kunna göra hårda prioriteringar och samla resurserna för materialförsörjning.

Den 18 mars 2020 aktiverades stabsfunktionen S4 Logistik och resurser inom den centrala krisledningen (CKL) för Stockholms stads materialförsörjning. Stabsfunktionen fick ett stort förtroende från CKL och i princip fria ramar för sitt arbete. Den funktion inom S4 som skulle hantera materialförsörjning kom även att benämnas *materialfunktionen*. Utöver materialfunktionen, etablerades sedermera även en bemanningsfunktion (se mer om denna i avsnitt 4.2.3.) inom S4 Logistik och resurser. Även lokalresurser har hanterats inom stabsfunktionen och har bland annat handlat om lokaler för tillfälliga vårdplatser och för vaccinering. I detta kapitel är det dock endast materialfunktionen inom S4 som avses.



Etableringen av materialfunktionen innebar en centralisering av materialförsörjningen. Den centrala materialfunktionen hanterade anskaffning, lagerhållning, prioritering, fördelning och transport av skyddsutrustning. Utförarverksamheterna la beställningar i ett annat system än i normalfallet, och skyddsutrustningen kom att transporteras ut från stadens upprättade centrala lagerhållning.

Under februari stod det klart att det var en global brist på skyddsutrustning. Ordinarie leveranskanaler fungerande inte längre, varken inom Stockholms stad eller för andra kommuner och regioner i landet. Många länder runt om i världen hade vid det här laget stängt gränser och infört exportförbud av skyddsutrustning. Varken nationellt eller internationellt fanns tillverkning eller logistik som svarade mot det behov som uppstod i staden under våren 2020. Samtidigt var tillgången till skyddsutrustning helt avgörande för att motverka smittspridning samt för medarbetares och brukares trygghet och säkerhet.

I normalfallet köper stadens utförarverksamheter in skyddsutrustning på egen hand efter behov. Beställning och inköp görs hos stadens upphandlade leverantörer genom en portal i stadens ekonomisystem Agresso. Eftersom stadens leverantör OneMed hade åberopat force majeure fanns inte produkterna att beställa via ordinarie inköpskanaler. Med anledning av detta togs dessa produkter bort från Agressos inköpsportal. Beställning av skyddsmaterial styrdes i stället över till beställning via beställningsformulär i Excel och senare via det webbaserade beställningssystemet esMaker (se vidare i 7.4.).

7.2. Uppdrag och bemanning

Materialfunktionens uppdrag var initialt att förse stadens verksamheter inom äldreomsorg och LSS med skyddsutrustning för vård- och omsorgspersonal. Det handlade om skyddsutrustning såsom visir, munskydd, handskar, förkläden och handsprit. Uppdraget omfattade anskaffning, lagerhållning, prioritering, fördelning och utleverans av skyddsutrustning till stadens utförarverksamheter, såväl egen regi som på entreprenad och i privat regi.

Materialfunktionen bemannades framför allt med resurser från Stockholms stad men funktionen bemannades även med externa resurser. Personer med kompetenser och erfarenheter som bedömdes som kritiskt viktiga för etableringen kontaktades och engagerades i arbetet. Resurser lånades in från bland annat trafikkontoret, kulturförvaltningen och serviceförvaltningen. Exempelvis behövdes kompetens och erfarenhet av att snabbt organisera arbetet, att identifiera kritiska frågor och erfarenhet och förmåga att snabbt lösa problem. Dessa personer fick i uppdrag att tillsammans utforma och etablera materialfunktionen.

Materialfunktionen har dimensionerats efter behov och dess storlek har varierat beroende på arbetsbelastning. Som en grund har funktionen bestått av ca 20–25 medarbetare. Alltefter behov och pandemins utveckling har resurserna utökats med som mest omkring totalt 50 medarbetare. En del av de extrainsatta resurserna har varit tillfälligt anställda och ingått i stadens nätverk inom ramen för evenemangsverksamheten. I en tid då evenemangsindustrin haft mycket begränsad verksamhet skapades en möjlighet för staden att anlita dessa personer inom ramen för material-



funktionen, samtidigt som det skapades arbetstillfällen för personal i en bransch som drabbats hårt av pandemin.

Inledningsvis skulle materialfunktionen leverera skyddsutrustning till vård- och omsorgsboenden, hemtjänst och LSS. Efter sommaren 2020, då tillgången stabiliserats, öppnade funktionen även upp för skolhälsa då kunskap fanns om att även denna verksamhet kan behöva skyddsutrustning. Från slutet av februari 2021, då Region Stockholm gick ut med utökade rekommendationer om användning av munskydd i vissa inomhusmiljöer där man inte kan hålla avstånd eller vid trängsel⁶⁰, fattade staden beslut om att öppna en parallell beställningskanal där icke-vård och omsorgsverksamhet kan beställa munskydd för att kunna följa rådande riktlinjer (exempelvis bibliotek, fritidsgårdar, museum etc.). Under november 2020 levererade materialfunktionen också ut beredskaps-kit till stadens förskolor som en engångsåtgärd.

Materialfunktionen har varit tillgänglig för utförarverksamheter i egen regi, entreprenad samt i privat regi. Under april-maj 2020 stod privat regi för cirka 40 procent av beställningarna, under hösten cirka 20–30 procent, vilket är lägre än motsvarande andel privata verksamheter inom Stockholms stads äldreomsorg. Staden har uppmuntrat utförarverksamheter i privat regi att i så hög utsträckning som möjligt använda egna leveranskanaler för att minimera belastningen på materialfunktionen för att säkra materialförsörjningen för de verksamheter i egen regi som inte har haft alternativa inköpskanaler att tillgå, men även för att understryka att stadens centrala materialfunktion är en tillfällig lösning. De privata utförarna behövde bygga upp sin egen försörjningsförmåga inför den dag då materialfunktionen inte längre är aktiverad. Större privata aktörer som har haft egna resurser och förutsättningar har också så långt det varit möjligt nyttjat egna inköpskanaler, vilket underlättat för den centrala materialfunktionen.

Slutdatum för materialfunktionen har flyttats fram flera gånger då det fortfarande funnits ett behov av funktionen. I april 2021 när denna rapport skrivs är funktionen fortfarande aktiv.

Arbetsbelastning

Intervjupersonerna lyfter fram att det har varit en tung arbetsbelastning för flera av de personer som arbetar i materialfunktionen, särskilt under våren 2020 då funktionen etablerades och man arbetade intensivt med att lösa tillgången till skyddsutrustning. Några av de resurser som arbetat i funktionen har också haft kvar delar av sina ordinarie arbetsuppgifter vid sidan av arbetet i materialfunktionen. Det har varit mycket långa arbetsdagar samt helgarbete för flera av de involverade under en stor del av den tid som funktionen varit i gång.

Belastningen på materialfunktionen har varierat beroende på situation under pandemin. Efter första vågen, försommaren 2020, gick efterfrågan ner något men

⁶⁰ Region Stockholm, 2021. Regionala rekommendationer Region Stockholm. Beslut om rekommendation för personer som bor och vistas i Region Stockholm. [2021-02-23].



ökade under hösten 2020. Belastningen ökade också i samband med att rekommendationer och föreskrifter kring vilken skyddsutrustning som ska användas skärpts, eftersom det påverkat efterfrågan på skyddsutrustning. Inför julen 2020 skedde en kraftigt ökad efterfrågan eftersom rekommendationerna då övergick till att munskydd och visir skulle användas vid all vård och omsorg, samt att verksamheter ville säkra sina lager inför julhelgen.

7.3. Organisering och rollfördelning

Det gick snabbt att inrätta funktionen, delar av den var på plats redan inom en vecka. Som ett första steg påbörjades ett arbete med att identifiera hur strukturen skulle se ut, vilken typ av funktion som skulle skapas och hur arbetet skulle drivas. Det var också viktigt att få kännedom om hur marknaden såg ut och vilka leverantörer som fanns. Ett antal huvudområden för funktionen identifierades; anskaffning, lagerhållning, prioritering, fördelning och transport. Intervjupersonerna lyfter fram att etableringen gick snabbt och effektivt och att det fanns ett stort engagemang från medarbetarna att tillsammans lösa utmaningen. Flera av medarbetarna kände varandra sedan tidigare och det fanns en relation och tillit till varandras kompetens.

Under de 13 månader som funktionen har varit i drift, när denna rapport skrivs i april 2021, har organisationen reviderats och anpassats efter behov och aktuell situation under pandemin. En inleverans till staden av 5 000 munskydd vid uppstarten betraktades som stor, medan i genomsnitt 350 000 munskydd levererades per vecka i december 2020.

Rollfördelning

Som nämndes ovan har materialfunktionen bemannats av resurser från fackförvaltningar med relevant kompetens. Utifrån erfarenhet och kompetens har dessa fått i uppdrag att hantera olika ansvarsområden inom S4.

Några medarbetare som har sin ursprungliga placering på serviceförvaltningen, har haft i uppdrag att arbeta med att säkerställa tillgång till skyddsutrustning genom att etablera alternativa inköpskanaler. Dessa medarbetare har, utifrån sitt ordinarie uppdrag, stor erfarenhet av upphandling och inköp och tilldelades därför ansvaret för detta. Exempel på ansvarsområden är kontroll av nya leverantörer och produkter för att säkra kvalitet, in- och utleverans av material till och från lager, uppföljning av lagersaldo samt plock och pack av varor.

Resurser från trafikkontoret fick i ansvar att fördela och prioritera skyddsutrustning. Ansvaret omfattade mottagande av beställningar från utförarverksamheterna samt att fördela utrustning till dessa verksamheter baserat på behov och tillgång.

Resurser med ursprunglig placering på kulturförvaltningen har engagerats i att ta ansvar för leverans och transporter. Transporterna har ställt stora krav på säkerhet och dispens avseende frakt av brandfarligt material. Det visade sig avgörande för att få ut skyddsutrustningen. Dessa personer hade stor erfarenhet av att arrangera evenemang och lösa snabbt uppkomna problem, varför de engagerades inom detta område.



Under en period hanterade resurser från stadsbyggnadskontoret mottagning och lagerhållning av egentillverkad skyddsutrustning samt donationer av skyddsutrustning från externa aktörer.

Information och kommunikation

För att nå ut till stadens utförarverksamheter har information om materialfunktionen inledningsvis kommunicerats via stadens intranät och via lägesbilder där materialfunktionen hade en sida. Att nå ut med kommunikationen till utförarverksamheterna har under 2020 identifierats som en utmaning givet det omfattande informationsflödet som varit under pandemin. Under hösten 2020 tog man därför stöd av kommunikationsenheten inom SLK för att utveckla formerna för sin kommunikation. Därefter har materialfunktionen deltagit på äldreförvaltningens möten med utförarverksamheter samt använt beställningsverktyget esMaker för att nå ut med information, via mailutskick och via information på webbportalen.

Regionalt samarbete

Inom ramen för materialfunktionen har det funnits ett nära och omfattande regionalt samarbete med Region Stockholm, Länsstyrelsen Stockholm och samarbetet inom Samverkan Stockholmsregionen (SSR). Länsstyrelsen har haft ett samordnings- och fördelningsansvar för skyddsmaterial i länet och Stockholms stad tog på sig uppgiften att bistå länets övriga kommuner med lagerhållning och logistik av skyddsutrustning. Region Stockholm bistod framför allt i att på olika sätt arbeta för att säkra tillgång till skyddsmaterial. Se vidare i avsnitt 7.4.1. anskaffning av skyddsutrustning.

7.4. Hantering och arbetsprocess

I följande avsnitt redogörs för hur arbetsprocessen inom materialfunktionen hanterats; anskaffning av skyddsutrustning, lagerhållning, ordermottagning och leverans.

7.4.1. Anskaffning av skyddsutrustning

Under våren 2020 var det global brist på all form av skyddsutrustning. Stockholms stad hade, liksom övriga kommuner i landet, svårt att hitta leverantörer av skyddsutrustning. Många leverantörer sålde endast till stater, och inte regioner eller kommuner.

Inledningsvis hade materialfunktionen knappt några produkter att leverera och arbetet handlade då framför allt om omfördelning av befintlig skyddsutrustning. Utförarverksamheter med bekräftad eller misstänkt smitta var prioriterade. Några verksamheter inom Stockholms stad började tillverka utrustning, exempelvis tillverkade Stadsteatern hemsydda förkläden, verksamheter med 3D-printar printade bågar till visir för att göra hemgjorda visir av OH-film. Genom det arbete som gjordes för att få tillgång till skyddsutrustning erhöles en del nytt material att fördela men tillgången till skyddsutrustning var i tidigt skede så begränsad att det inte behövdes någon lagertid utan allt material som fanns levererades ut direkt i mycket små mängder.

”Ring allt! Jag började ringa runt till städföretag, tandhygienister, tatueringsstudios, etc. Läget var fullständigt katastrofalt.” (Medarbetare, S4)



Den 16 mars 2020 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att säkerställa tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19. Stockholms stad kontaktade Socialstyrelsen vid flera tillfällen för att få hjälp. Staden, liksom övriga kommuner i Stockholms län, upplevde att det var svårt att få gehör för de behov som kommunerna hade. Trots flera försök, inklusive samtal och brev till ministrar och generaldirektörer för Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, fick staden ingen hjälp inledningsvis. Man vände sig därför till Länsstyrelsen Stockholm för att via dem uppmärksamma myndigheterna om det behov kommunerna hade samt för att få hjälp i att få tag på skyddsutrustning och hantera vården och omsorgen i sina verksamheter.

"Länsstyrelsen gjorde ett bra jobb att uppvakta nationella myndigheter – de var en nyckel för oss att komma framåt." (Medarbetare, S4)

Den återkoppling som så småningom kom var att alla landets regioner var högre prioriterade än kommunerna oavsett hur smittspridningen såg ut. Givet att alla regioner då inte hade covid-19-smitta skapades en enorm frustration. Länsstyrelsen tog arbetet vidare för att uppmärksamma såväl Regeringskansliet som nationella myndigheter och skapa en förståelse för det kommunala behovet.

I samma veva etablerades samarbete med Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län för att hantera materialfrågan. Regionen förstod kommunernas behov samt värdet för regionen om kommunerna har rätt förutsättningar för att hålla smittspridningen nere och kunna vårda brukare inom sina verksamheter.

Stockholms stad fick totalt två sändningar av skyddsutrustning från Socialstyrelsen; den första innehöll 2 500 andningsskydd och 2 500 skyddsdräkter, den andra sändningen var större och innehöll andningsskydd, rockar, handskar, glasögon, visir och förkläden av olika kvantiteter. Givet Socialstyrelsens uppdrag att säkerställa tillgång till skyddsutrustning trodde man att det var Socialstyrelsen som skulle hantera detta. Det var dock i stället samarbetet med Region Stockholm som gjorde att tillgången och inköp av skyddsutrustning så småningom började lösas.

Det material som initialt levererades i större mängder var handsprit som tillverkades av Stockholms universitet. Region Stockholm var vid denna tidpunkt självförsörjande med avseende på handsprit och meddelade att kommunerna kunde ta detta. Här inleddes länsstyrelsens arbete att i sin roll att samordna det regionala krisledningsarbetet och göra en övergripande fördelning av skyddsmaterial mellan länets 26 kommuner. Stockholms stad erbjöd sig att distribuera materialet utifrån länsstyrelsens prioritering. Staden tog på sig denna roll utifrån att man hade förmåga och resurser att hantera detta för hela länet. Det praktiska fördelningsarbetet skedde genom att länsstyrelsen tog in uppgifter från kommunerna gällande deras behov och fördelade tillgänglig skyddsutrustning. Stockholm stad levererade till länets kommuner utifrån länsstyrelsens fördelning.

"Första dygnet bara några dunkar, men så småningom var det pallar av sprit som skulle köras ut." (Medarbetare, S4)



Inledningsvis genomfördes transporterna med hjälp av upphandlade leverantör för logistik. Efter 1–2 dygn insåg man att detta inte fungerade och man tog i stället över ansvaret för transport i egen regi. Ambitionen var att få effektivitet i transporterna samtidigt som det fanns utmaningar i resurser, leveranssäkerhet, transport av farligt gods, etc. Den egna transportlösningen kom att kallas akut-bud, och är fortfarande, i april 2021, i drift.

Därefter var det Region Stockholm som började komma i gång med leveranser, med större leveranser framåt påsk, som vartefter även delades med kommunerna i länet. Den 22 mars startade Region Stockholm funktionen *Command Center Material-försörjning* med uppdraget att köpa in skyddsutrustning kopplat till covid-19 till akutsjukhusen, primärvården och kommunerna. Karolinska sjukhuset i Solna fick uppdraget att leda insatsen. Ett omfattande arbete gjordes för att etablera kontakt med seriösa leverantörer, kvalitetssäkra produkter och säkerställa leveranser. På centret arbetade tidvis omkring 60 personer från olika professioner och olika organisationer inom och utanför sjukvården. Samarbeten etablerades med industrin, bland annat med Scania, som kunde nyttja sina inköpskanaler i Kina för inköp av skyddsutrustning. Regionen började få ordning på leveranserna och så småningom erbjöds kommunerna att köpa skyddsutrustning från regionen. Regionens stöd i försörjning av skyddsutrustning till staden och övriga kommuner i länet har varit en förutsättning för materialfunktionens möjligheter att försörja stadens verksamheter med skyddsutrustning.

**"Regionen meddelade att det finns 10 000 munskydd på Arlanda, de sa till oss att om ni kan hämta och fördela dessa mellan kommunerna så är det fritt fram."
(Medarbetare, S4)**

Under senvåren kom merparten av skyddsutrustningen via Region Stockholm. Därutöver hade OneMed börjat fylla på med vissa varor, och staden hade även etablerat avtal med ytterligare nya leverantörer. Flera företag hade börjat ställa om och producerade skyddsutrustning. Det fanns också företag som vanligtvis inte arbetar med skyddsutrustning men som är vana importörer som nu köpte in skyddsutrustning och kunde leverera i partier. I månadskiftet juni-juli var staden helt självförsörjande, då hade man gått från en situation i april-maj då man var helt beroende av Region Stockholm.

**"Det var en tuff resa att bygga upp nya inköpskanaler och att knyta sig till nya leverantörer som var stabila och kunde garantera leverans."
(Medarbetare, S4)**

En viktig framgångsfaktor för Stockholms stad är möjligheten att som stor kommun kunna köpa in stora leveranser i container eller på pall, vilket mindre kommuner inte har kunnat göra. Flera leverantörer har endast levererat på parti. Eftersom staden etablerade ett plocklager var det möjligt att ta emot dessa partileveranser och plocka om dessa till mindre beställningar.

Frågan om upphandling och att köpa in varor från andra leverantörer än upphandlade via ramavtal blev en viktig fråga att hantera inledningsvis. Eftersom OneMed återopade force majeure så kunde staden köpa in från andra leverantörer. I ett nästa steg blev det då viktigt för staden att säkerställa kvalitet av varorna och att granska



företag. Här har resurserna från serviceförvaltningen gjort ett omfattande arbete i denna granskningsprocess.

**"Det har varit viktigt att granska de företag som erbjudit leveranser. Trots en pandemi kan inte staden köpa produkter från oseriösa leverantörer."
(Medarbetare, S4)**

Kontroll av godkänd och certifierad skyddsutrustning

Arbetsmiljöverket påtalade en tid in i krisen vikten av att använda certifierad (CE-märkt) skyddsutrustning då icke-certifierat material var otillåtet. Det skapade ett stort tryck på materialfunktionen att säkerställa tillgång till godkänd skyddsutrustning. Som tidigare nämnts var det under våren 2020 omöjligt att få tag på skyddsutrustning från ordinarie leverantörer, vilket innebar att man levererade den skyddsutrustning som gick att få tag på, även om den inte var CE-märkt. Inom staden var budskapet att det var bättre att använda det skyddsmaterial som fanns än att inte ha tillgång till skyddsmaterial alls och därmed inte kunna utföra vård och omsorg för de äldre. För att så långt som möjligt kvalitetssäkra produkterna tog materialfunktionen stöd av medicinskt ansvariga sjuksköterskor inom staden.

Efter en tid kunde Arbetsmiljöverket erbjuda företag möjligheten till ett tillfälligt godkännande av skyddsmaterial, så kallad snabbspårsmärkning. Snabbspåret innebar ett tillfälligt godkännande för skyddsutrustning som användes vid covid-vård och som avsåg en särskild tidsperiod. Möjligheten att tillämpa snabbspåret underlättade delvis materialförsörjningsarbetet för materialfunktionen.

7.4.2. Lagerhållning

Vid etablering av funktionen nyttjades en lokal på cirka 100 kvadratmeter för lagerhållning av skyddsutrustning. Lokalen som började nyttjas under sista veckan i mars 2020 var vid uppstart inte alls anpassad för att lagerhålla skyddsutrustning men har efter hand anpassats för sitt syfte. I april 2021 finns fem stora lokaler som har tillkommit allt eftersom. Till lokalerna levererades skyddsutrustning med lastbil och fördelades därifrån till olika verksamheter i länet. Tidigt under uppstarten utvecklades en databas för att registrera allt inkommande material, adresser till utförarverksamheterna samt lagersaldo.

Exempel på arbetsuppgifter inom lagerhållning har varit analys av vad som behövde beställas, uppföljning av lagersaldo, underlag för prioritering, planering av körorder, packning av ordrar, utleverans till chaufförer, kvalitetskontroller etc.

Säkerhetsaspekten har varit viktig för materialfunktionen, både vad det gäller den personliga säkerheten, stöldrisken i centrallagret samt säkerheten kopplat till hantering av brandfarliga ämnen såsom bland annat handsprit. Till exempel har det varit nödvändigt att ansöka om dispens för att få transportera brandfarliga ämnen i vanliga fordon. Det har också varit nödvändigt att specialutbilda förarna av dessa fordon för att få tillåtelse att leverera dessa varor.



7.4.3. Ordermottagning

Initialt skickade utförarverksamheterna in beställningar av skyddsutrustning via en excel-mall/beställningsblankett som skickades in till en funktionsbrevlåda. Detta utvecklades inom kort till att hanteras via esMaker, ett webbaserat enkät- och analysverktyg.

I normalfallet beställer stadens utförarverksamheter material via en beställningsportal i stadens ekonomisystem Agresso. När materialfunktionen etablerades låstes delar av beställningsportalen för varor som i stället skulle beställas via materialfunktionen. Agresso har dock fortfarande varit aktuellt för beställningar av produkter som det inte varit brist på.

Upprättande av en separat beställningskanal för skyddsmaterial var viktigt för att kunna kontrollera och prioritera fördelning av materialet inom staden. De privata aktörerna har heller inte tillgång till Agresso varför ett alternativt system behövde användas för att nå samtliga utförarverksamheter.

I samband med att en beställning görs ska beställaren redogöra för om utförarverksamheten har bekräftad eller misstänkt smitta, liksom antal vårdtagare med bekräftad/misstänkt smitta. Denna information har sedan legat till grund för funktionens prioritering av leveranser av skyddsutrustning.

Av intervjuer med utförarverksamheterna lyfts det fram utmaningar med att man inte har fått bekräftelse på lagda beställningar. Eftersom man inte vetat om beställningen gått igenom har man ibland lagt flera beställningar. Detta är materialfunktionen medvetna om men menar att det, givet bristen på skyddsutrustning, inte har varit möjligt att ge en bekräftelse eller återkoppling eftersom leveranserna prioriterats utifrån behov. Med anledning av den stora osäkerheten i leverans av skyddsmaterial har det inte heller varit möjligt att med säkerhet utlova att beställt material finns tillgängligt för leverans. Först när beställt material levererats till materialfunktionens lager har det varit möjligt att med säkerhet veta vilka volymer som kan levereras till stadens verksamheter.

Materialfunktionen har inte heller haft möjlighet att återkoppla leveransstatus och liknande till beställare eftersom de inte haft kapacitet för att kunna hantera sådant som t.ex. restnoteringar. Däremot har verksamheterna redan från start erhållit orderbekräftelse genom ett automatiskt genererat svar på att beställningen är mottagen. Den här bekräftelsen har dock inte innehållit någon information om hur stora volymer av beställt material som kommer att levereras.

Baserat på inkomna beställningar av produkter och de behov som anges i beställningen görs en prioriteringsordning. Utifrån denna har packlistor och körordrar skapats som skickats till lagret. Resurser på lagret har plockat och packat ordern så att chaufförerna kunnat lasta och köra ut enligt körorder. Verksamheterna kan även lägga akutordrar om verksamhet saknar någon produkt och behöver få omedelbar leverans.

7.4.4. Leverans

Det har varit viktigt att säkerställa att varje leverans nått fram till mottagaren/beställaren. Inledningsvis distribuerades varorna av en budfirma men det



visade sig inte fungera till följd av bristande leveranssäkerhet. Staden tog då själva över ansvaret för transport och leverans av varor, med egna och leasade lastbilar. Efter att staden tog över transporten kunde leverans inom 24 timmar säkerställas.

"Vi har haft som motto att säkerställa att mottagaren får sin leverans även om det innebär att vi får sitta i bilen och vänta tills mottagaren har möjlighet att komma ut och ta emot varorna. (Medarbetare, S4)

Chaufförerna, som utgjordes av medarbetare från kulturförvaltningen, har alltid kontaktat mottagaren innan de anländer till adressen för att förbereda mottagaren på att leveransen är på väg. Ambitionen har varit att dedikera chaufförer till särskilda rutter så att samma chaufförer så långt som möjligt körde samma rutter. Gällande kranskommunerna så körde materialfunktionen ut skyddsutrustning till ett centralt avlämningsställe i respektive kommun varifrån kommunen sedan distribuerade materialet vidare till verksamheterna. I genomsnitt har funktionen levererat material till mellan 80 och 100 adresser per dag.

Det har även förekommit akutleveranser, vilket innebär att när det blir en akut brist på en produkt (till exempel munskydd, handsprit och ytdesinfektion) har det varit möjligt att få direkt leverans, utifrån tillgängligt lager.

7.5. Lärdomar

Etableringen av stadens centrala materialfunktion har genererat ett antal viktiga lärdomar att ta med sig inför liknande situationer framåt, där det handlar om att på kort sikt samla och organisera resurser för hantering av en extraordinär händelse. Lärdomarna handlar både om kritiska framgångsfaktorer och om utmaningar i etableringen och upprätthållandet av en central, temporär funktion. Detta beskrivs i avsnittet nedan.

Framgångsfaktorer

Samarbetet i materialfunktionen har präglats av ett stort förtroende för varandras kompetens och erfarenhet. De personer som varit involverade har lärt av varandra, kommit med nya idéer och utvecklat lösningar tillsammans. Det är en bild som återges i samtliga intervjuer med nyckelpersoner inom funktionen. Alla har varit lojala och drivande och bidragit inom sina respektive områden. Det har varit ett prestigelöst, öppet och flexibelt samarbete där samtliga haft en lösningsorienterad inställning och en gemensam målbild.

"Det har funnits ett starkt och modigt ledarskap, liksom en stark vilja att utföra och ställa om." (Medarbetare, S4)

Befintliga kollegiala nätverk eller sedan tidigare etablerade relationer har sammantaget varit en viktig framgångsfaktor för att snabbt komma igång och lösa materialförsörjningsfrågan. Stadens omställningsförmåga, att agera snabbt efter rådande läge, exempelvis genom att tillsätta resurser och kompetenser utifrån behov, anses också vara en viktig framgångsfaktor. Det har funnits en tydlig vilja att lösa en gemensam



utmaning. Många har velat hjälpa till för att tillsammans lösa en av stadens mest utmanande frågor under pandemin, materialförsörjningen.

"Vi har kunnat rekrytera och plocka in de vi vill ha, det har varit en förmån att få arbeta i ett all-star-team." (Medarbetare, S4)

Ytterligare en viktig framgångsfaktor har varit att CKL tidigt fattade beslut med en tydlig inriktning och ett tydligt mandat. Det skapade förutsättningar för ett gemensamt syfte samt för att tydliggöra nyttan med funktionen. Även den struktur med tydliga roller och ansvar som sattes initialt under uppstarten har varit viktig. Utifrån den strukturen har man sedan arbetat flexibelt, där alla har haft samma rättighet och skyldighet att lyfta frågor för att föra arbetet framåt.

Utmaningar

En av de största utmaningarna för att lyckas med materialfunktionens uppdrag var framför allt att säkerställa tillgång till skyddsutrustning i ett läge där det rådde stor brist globalt på sådan utrustning. Det har varit en stor utmaning att matcha inleveranser med utleveranser och möta de behov som verksamheterna hade. Det har också varit en stor utmaning att få nationella myndigheter att förstå de behov som kommunerna har haft av skyddsutrustning inom omsorgen. Det har vidare varit utmanande att hantera dialogen i förhållande till Arbetsmiljöverkets krav på godkänd skyddsutrustning enligt viss standard. Utifrån initial tillgång av skyddsutrustning kunde staden inte nå upp till dessa krav under en viss period. Ytterligare en utmaning har varit att tillmötesgå myndigheternas krav och rekommendationer på skyddsutrustning när dessa kontinuerligt uppdaterats och vid tillfällena varit motstridiga.

Ytterligare en utmaning har varit att nå ut med uppdaterad information till alla utförarverksamheter och säkerställa att den har kommit fram, särskilt i det enorma flödet av information som gått till verksamheterna för att hantera pandemin. En viktig lärdom framåt är därför att tidigt etablera och säkerställa kommunikationskanaler för funktionen. Under hösten 2020 gjordes ett arbete tillsammans med kommunikationsenheten på SLK för att identifiera kommunikationskanaler.

Sammanfattningsvis kan konstateras att Stockholms stad var tidig med att etablera en central materialfunktion inom CKL för att säkerställa försörjning av skyddsutrustning till äldreomsorgen under pandemin. Funktionen bemannades med personal från andra fackförvaltningar som hade den kompetens som behövdes för att snabbt forma och etablera funktionen. Dess uppdrag och mandat var tydligt formulerat och omfattade anskaffning, lagerhållning, prioritering, fördelning och utleverans av skyddsutrustning till stadens utförarverksamheter, såväl egen regi som på entreprenad och i privat regi. Stockholms stad tog vidare på sig att leverera ut skyddsutrustning till övriga kommuner i länet, utifrån en fördelning som gjordes av Länsstyrelsen i Stockholm.

Det var en mycket stor utmaning under våren 2020 att få tillgång till skyddsutrustning då det rådde en global brist på marknaden. Den centrala materialfunktionen arbetade intensivt tillsammans med Länsstyrelsen Stockholm och övriga kommuner i länet för att få hjälp med skyddsutrustning, såväl via Socialstyrelsen som via Region Stockholm. Det



var sedermera leveranser från Region Stockholm som under senvåren började säkra tillgången till skyddsutrustning. Därutöver började stadens ramavtalsleverantör fylla på med vissa varor, och staden hade även etablerat avtal med ytterligare leverantörer. I månadsskiftet juni-juli 2020 var staden helt självförsörjande, då hade man gått från en situation i april-maj då man var helt beroende av Region Stockholm. Det är vår bedömning att materialfunktionen har lyckats väl med sitt uppdrag och har varit en viktig funktion för att säkra tillgången till skyddsutrustning till stadens verksamheter. Funktionen har vidare varit en viktig hjälp till övriga kommuner inom länet i att leverera skyddsutrustning utifrån länsstyrelsens fördelning.

När denna rapport skrivs i april 2021 är materialfunktionen fortfarande aktiv och levererar skyddsutrustning till utförarverksamheterna. De privata aktörerna kan fortfarande beställa av funktionen, men använder i högre grad sina egna beställningskanaler.



8. Möjliga faktorer bakom smittspridningen

Det finns ett tydligt samband mellan dödlighet i covid-19 och hög ålder. Det gör brukare inom äldreomsorgen, särskilt de som är multistjuka, till en sårbar grupp. För vård- och omsorgsboenden och hemtjänst har covid-19-pandemin därför krävt en snabb omställning för att kunna upprätthålla ordinarie verksamhet och samtidigt hantera pandemin och dess konsekvenser. Ambitionen i den svenska övergripande strategin, att särskilt skydda de äldre, var och är riktig. Den samlade bilden från flera utredningar på olika nivåer är dock att strategin har misslyckats.

Äldreomsorgen har haft stora svårigheter att hålla sina verksamheter fria från smitta, såväl i Stockholm, som i Sverige i stort och i andra länder. Coronakommissionen menar att den allmänna smittspridningen i samhället är sannolikt den enskilt viktigaste faktorn bakom den stora smittspridningen på vård- och omsorgsboendena⁶¹. De lyfter vidare att sedan länge kända brister inom äldreomsorgen har haft störst inverkan på antalet sjuka och avlidna i svensk äldreomsorg. Man menar att dessa brister har medfört att äldreomsorgen stått oförberedd och illa rustad för att kunna hantera en så omfattande kris som denna pandemi.

Att smittspridningen kommit in på vård- och omsorgsboendena, och det höga antalet dödsfall, kan nästintill ses som externa faktorer som Stockholms stad har haft svårt att påverka. Stadens uppgift har varit att säkerställa en god vård och omsorg till brukarna. Våra iakttagelser i denna utvärdering har därför främst avsett stadens hantering inom äldreomsorgen givet det uppkomna läget. Självklart har Stockholms stad, i samverkan med Region Stockholm, ett ansvar för vården till brukarna och den medicinska behandlingen. De höga dödstaten ligger i bådas ansvar men påverkas i hög grad av att de brukare som bor på vård- och omsorgsboende ofta är mycket sköra och multistjuka och har svårt att klara ett insjuknande i covid-19.

Det har inneburit en utmaning för vård- och omsorgsboenden i staden att minimera smittspridning när den väl kommit in på boendena och samtidigt kunna leverera den vård och omsorg som förväntats. Det är vår bedömning att verksamheterna generellt ha varit snabba på att ställa om sina rutiner och arbetssätt för att minimera smittan. Chefer och medarbetare i utförarverksamheterna har arbetat mycket hårt för att ställa om och samtidigt upprätthålla ordinarie verksamhet.

När det gäller smittspridning inom ett boende betonar flera internationella studier vikten av tillgång till skyddsutrustning, kohortvård och att snabbt identifiera smittade personer genom systematisk och upprepad provtagning. Möjligheten att isolera smittade

⁶¹ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 242.



personer inom boendet eller flytta dem till en annan enhet rapporteras också ha minskat dödligheten.⁶²

Ett av målen med denna utvärdering är att staden ska få kunskap om möjliga faktorer bakom smittspridningen i verksamheterna samt hur de har/hade kunnat hanteras. Det finns en mängd olika orsaker till att smittan kom in på vård- och omsorgsboenden och inom hemtjänsten samt att smittan i ett nästa skede spred sig vidare inom verksamheterna. Inom ramen för denna utvärdering har det inte varit möjligt att ge en fullständig beskrivning av möjliga orsaker. För att göra detta hade det krävts en mer omfattande kvantitativ datainsamling med medicinska granskningar. Med stöd i våra intervjuer med utförarverksamheter; chefer, sjuksköterskor och läkarorganisationer kan vi dock se ett mönster där flera möjliga faktorer bakom smittspridningen återkommer. Dessa "möjliga faktorer" överensstämmer också med de resultat som framkommer från andra utvärderingar och utredningar kopplat till smittspridning inom äldreomsorgen⁶³.

I figur 9 nedan presenteras ett antal möjliga faktorer som bedöms ha påverkat smittspridningen inom äldreomsorgen. Dessa ger inte uttryck av att vara uttömmande men ger en indikation på hur smittspridningen har påverkats.



Figur 9: Möjliga faktorer som kan ha påverkat smittspridningen inom äldreomsorgen

⁶² SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 245.

⁶³ Region Stockholm, 2020. Kartläggning av Covid-19 på SÄBO i Stockholms län. Samt "Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden", Underlagsrapport till SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin.)



Den största orsaken till smittspridningen inom äldreomsorgen, och specifikt vård- och omsorgsboenden, bedöms ha att göra med samhällsspridningen som ökade snabbt i början av pandemin i Stockholms län. Samhällsspridningen gjorde att anhöriga och personal kan ha tagit med sig smittan in innan besöksstoppet. Samhällsspridningen kan också ha gjort att asymtomatiska brukare och medarbetare har smittat varandra. Personal som tjänstgör på vård- och omsorgsboenden lever och bor i samhället. De tar sig till och från arbetet på olika sätt. Anhöriga besökte sina äldre som vanligt under de första veckorna under pandemin. Brukarna har också till viss del kunnat röra sig i samhället.

Brukare riskerar också ha fått med sig *smittan från sjukhusvården* när de har kommit tillbaka till boendena. Här har det framkommit utmaningar om att provresultatet inte alltid hade kommit förrän efter brukaren var åter på boendet.

Det faktum att vård- och omsorgsboenden är att betrakta som brukarens egna hem innebär att det är omöjligt att stänga in och isolera den boende. Därmed har vård- och omsorgsboendena varit mycket beroende av de beslut som fattats av regering, expertmyndigheter samt Stockholms stad centralt. Det handlar exempelvis om *besluten om besöksstopp och besöksförbud*. Även om besöksförbudens effekter ännu inte är klarlagda är det trots allt rimligt att anta att anhöriga till brukarna kunde föra med sig smitta när denna fanns i samhället. Ett besöksförbud har åtminstone viss potential att minska smittspridningen och det var därför både begripligt och försvarligt att införa såväl stadens besöksstopp som regeringens besöksförbud.

Bristen på provtagning bedöms ha bidragit till en ökad smittspridning bland både brukare och personal. Provtagning av brukare och anställda i ett tidigare skede hade gett möjlighet till ökad smittspårning och därmed möjlighet att begränsa smittspridningen. Insikten om asymtomatisk smitta av viruset uppkom en tid in i pandemin, då smittan redan kommit in på många boenden. Här råder olika uppfattning bland intervjupersoner om när denna kunskap var allmänt vedertagen och på vilket sätt den asymtomatiska smittspridningen hade kunnat begränsas genom tidig och bredare testning av brukare och personal. Även Coronakommissionen lyfter fram att provtagningen kom i gång sent och att regionerna borde ha provtagit alla de äldre som flyttade in på boenden samt de som blev utskrivna från sjukhus och återvände till sina boenden, även med en knapp provtagningskapacitet⁶⁴.

Bristen i arbetssätt i verksamheterna avser flera aspekter som syftar till att begränsa smittspridningen inom en verksamhet. Det handlar exempelvis om när och hur verksamheterna fick ordning på en god kohortvård eller förstärkningsteam inom hemtjänst, hur schemaläggning och bemanning hanterats samt hur verksamheterna har anpassat arbetssätt för att begränsa smittspridningen inom verksamheten. Det kan också handla hur de har valt att hantera medarbetares ombyten i början och slutet av ett arbetspass, vilka rutiner som gällt kring personlig skyddsutrustning i personalrum etc.

⁶⁴ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 267.



Begränsad tillgång till och rätt användning av skyddsutrustning lyfts också som en möjlig orsak bakom smittspridningen. Även om bedömningen är att skyddsutrustning har funnits när det behövs finns skillnader i användning av denna och följsamhet utifrån då gällande riktlinjer, liksom vilken typ av skyddsutrustning som då fanns att tillgå. Under perioder med begränsat lager av skyddsutrustning förekom även att medarbetare använde samma visir eller munskydd vid flera tillfällen.

Det har konstaterats att det har funnits *bristande kunskap om, och följsamhet till, basala hygienrutiner* bland personal i ett tidigt skede. Syftet med basala hygienrutiner är att förebygga direkt och indirekt kontaktsmitta. Om dessa inte fungerar tenderar smittor att lätt spridas. Verksamheterna har arbetat intensivt med att utbilda och stödja personal för att snabbt uppdateras i kunskaper om basala hygienrutiner, innan dessa var på plats är det dock möjligt att smittan kan ha spridits inom verksamheterna.

Förutsättningar för beslutsfattare att agera rätt i olika lägen avser såväl centrala beslut i Stockholms stad som lokala beslut av enhetschefer. Kunskapen om covid-19 och rutiner kring arbetssätt har utvecklats kontinuerligt vilket innebär att beslut har fattats utifrån då gällande läge. Förutsättningar för chefer att agera rätt påverkas av en mängd faktorer som bland annat tillgänglig kunskap eller en pressad arbetssituation. Det kan till exempel handla om hur chefer har agerat kring provtagning, vilka överväganden som har gjorts gällande överbemanning, beslut kring besök och anställning eller beviljande av semester, inköp av skyddsutrustning etcetera

Sammanfattningsvis finns en mängd faktorer som sannolikt har bidragit till smittspridningen inom äldreomsorgen. Det finns en rad utredningar och rapporter som reflekterar kring smittspridningen, men än så länge ingen heltäckande sådan. Det kommer vara viktigt att framåt dra lärdomar av de orsaker som direkt eller indirekt kan ha påverkat smittspridningen för att begränsa den inför kommande kriser eller pandemier.



9. Analys och slutsatser

Covid-19-pandemin har inneburit en stor påfrestning på äldreomsorgen, såväl inom Stockholms stad som i övriga Sverige. För att hantera pandemins konsekvenser har verksamheterna inom Stockholms stad tvingats till att genomföra en snabb och omfattande omställning inom äldreomsorgen. Många chefer och medarbetare har gjort sitt allra yttersta och arbetat under hård press under perioder med hög smittspridning för att upprätthålla en god omsorg och hälso- och sjukvård och få verksamheterna att fortsätta fungera. De har upplevt rädsla och utsatt sig själva och sina familjer för betydande risker. Även många chefer centralt på staden och olika krisledning har arbetat hårt för att hitta lösningar och fatta rätt beslut i svåra situationer. Av utvärderingen kan vi se att det har funnits både framgångsfaktorer och utmaningar i hanteringen av pandemins konsekvenser och lärdomar som kan användas för att utveckla verksamheterna framåt.

Flera utredningar och rapporter, bland annat Coronakommissionens delbetänkande Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80), visar att de åtgärder som regeringen och statliga myndigheter vidtog för att minska riskerna för smittspridning inom äldreomsorgen var sena och i flera avseenden även otillräckliga. Bilden är också att nationella myndigheter och hälso- och sjukvårdsförvaltningarna i regionerna inte var tillräckligt insatta i hur äldreomsorgen ser ut och fungerar för att kunna bidra till att skydda verksamheterna. Fokus var i stället på att i hög grad skydda patienter på akut- och IVA-avdelningar och ett mindre fokus lades på den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Detta medförde att rekommendationer och beslut inte alltid var anpassade efter de faktiska behov äldreomsorgen hade och de förutsättningar som fanns.⁶⁵ Detta innebar att enhetschefer och medarbetare inom äldreomsorgen i stor utsträckning lämnades ensamma att hantera denna krissituation⁶⁶, vilket också framkommer i denna utvärdering.

Detta kapitel omfattar vår analys av utvärderingen. I kapitlet redogör vi för de slutsatser vi kan dra från Stockholms stads hantering av pandemin. Slutsatserna avser ett antal knäckfrågor som vi identifierat som särskilt relevanta att resonera kring och dra lärdomar utifrån. Därefter följer ett avsnitt där vi ser äldreomsorgen ur ett nationellt systemperspektiv och den samverkan som behöver finnas mellan kommun och region. I kapitel 10 lämnar vi sedan ett antal rekommendationer för att utveckla äldreomsorgen i Stockholms stad, såväl under normala förhållanden som under kommande kriser – rekommendationerna utgår från slutsatserna.

9.1. Analys och slutsatser av stadens hantering under pandemin

Följande avsnitt innehåller vår analys av utvärderingen och de huvudsakliga slutsatserna vi har kommit fram till. De områden som slutsatserna rör är följande:

⁶⁵ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 247.

⁶⁶ Ibid. Sida 242.



- ✦ Inriktning och beslut
- ✦ Information och kommunikation
- ✦ Organisation och roller
- ✦ Chefers ledarskap
- ✦ Bemanning och arbetssituation
- ✦ Verksamheternas hantering av pandemin
- ✦ Kompetens
- ✦ Skyddsutrustning
- ✦ Samverkan med Region Stockholm
- ✦ Brukarperspektivet i hanteringen av pandemin
- ✦ Äldreomsorgens status

Avsnittet avslutas med en summering av de mest centrala slutsatserna.

9.1.1. Inriktning och beslut

Inriktningen har varit tydlig på en övergripande nivå

Stockholms stads övergripande inriktning för hanteringen av pandemin formulerades i ett tidigt skede av stadsdirektören i dialog med den centrala krisledningen (CKL). Den övergripande inriktningen har uppfattats som tydlig och fungerat som en vägvisare för stadens chefer och medarbetare i den övergripande hanteringen av pandemin. Inriktningen har dock inte givit några detaljerade beskrivningar av hur äldreomsorgens verksamheter ska agera kopplat till pandemin. I stället har ingången varit att följa nationella myndigheter och Region Stockholms beslut och rekommendationer.

Under inledningen av pandemin var riktlinjerna för den kommunala hälso- och sjukvården relativt begränsad – akutsjukvården prioriterades och äldreomsorgen upplevdes under en kort period något bortglömd. Stadens centrala krisledning (CKL) och äldreförvaltningen upplevde det som frustrerande med otillräcklig, och till stora delar avsaknad, vägledning till äldreomsorgen under pandemins tidiga skede. Coronakommissionen lyfter i sitt betänkande att det var rimligt att prioritera sjukvården och rekommendationer till allmänheten, men att Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen omgående borde ha lagt mera vikt vid förhållandena på särskilda boenden och i hemtjänsten. Kommissionen gör bedömningen att varken Folkhälsomyndigheten eller Socialstyrelsen hade tillräcklig överblick över den kommunala äldreomsorgens problem och brister, vilket innebar att vägledning för arbetet i äldreomsorgen dröjde.⁶⁷ Denna bild delas av våra intervjuer med centrala funktioner på Stockholms stad. Staden vände sig tidigt till Folkhälsomyndigheten för att lyfta behoven som fanns inom den kommunala omsorgen, särskilt äldreomsorgen, men fick mycket begränsat gehör. Det här gjorde att staden centralt blev något passiva inledningsvis i avvaktan på nationell eller regional vägledning under de första veckorna.

⁶⁷ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 261.



Staden hade kunnat agera mer proaktivt med ökad analys och snabbt beslutsfattande

Staden har varit noga med att följa nationella myndigheter och Region Stockholm. Stadsdelsförvaltningarna har i nästa steg varit noga med att följa de beslut och riktlinjer som kommunicerats från KLN, CKL och äldreförvaltningen. Inriktningen och styrningen har varit ett vägledande stöd för verksamheterna men också en begränsning i de fall då centrala beslut från KLN eller CLK dröjt eller inte alls fattats.

Stockholms stad är en stor organisation och det är viktigt att beslut underbyggs och förankras innan beslut fattas och kommuniceras till verksamheten. Under en pågående kris krävs dock ett snabbt agerande för att hantera aktuell situation. Det är vår bedömning att staden centralt, via CKL, i vissa delar troligen hade kunnat vara snabbare, tydligare och mer proaktiv i beslutsfattandet. Detta gällde särskilt under inledningen av pandemin, då expertmyndigheterna inte på samma sätt som senare hade uppmärksammat behoven inom äldreomsorgen. Detta framkommer även av Försvärshögskolans stabsutvärdering som menar att fokus initialt var på att förmedla sammanställd information till förvaltningar och bolag, och staden till viss del saknade en analys av på vilket sätt covid-19-pandemin skulle påverka stadens verksamheter och vilka åtgärder det skulle kräva⁶⁸.

För att agera än mer proaktivt och snabbt behövs en väl sammansatt analysfunktion som kontinuerligt följer och analyserar händelseutvecklingen och agerar snabbt i lägen då beslut eller förtydliganden behövs. Analysfunktionen inom CKL har varit aktiv och agerat snabbt i många lägen samt haft ett nära samarbete med äldreförvaltningen som bistått med underlag inför beslut. Av utvärderingen gör vi dock bedömningen att det hade varit av värde om analysfunktionen hade stärkts med specifik kompetens inom hälso- och sjukvård och särskilt med kompetens inom äldreomsorg för att bli än mer relevant och kunna agera snabbt i beslut och riktlinjer.

Utifrån äldreomsorgens perspektiv hade det även varit av stort värde om CKL, som varit så pass central för stadens krishantering, hade stärkts med särskild expertis inom kommunal äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Vidare hade det varit värdefullt om de beslut som CKL fattade snabbt hade kommunicerats till äldreförvaltningen och verksamheterna för direkt agerande. Det har förekommit fall där äldreförvaltningen och verksamheterna har fått information om beslut från media innan det kommunicerats inom staden.

I ett läge där verksamheten är i behov av extremt snabba beslut för att kunna hantera utmaningar i sin verksamhet, men inte fått dessa, har viss frustration ibland uppstått. Exempel på sådana beslut är stadens beslut kring besöksstopp och lokala undantag. Några stadsdelsförvaltningar utfärdade starka lokala restriktioner på sina boenden redan innan stadens beslut om besöksstopp för att de själva såg behovet, vilket i sig resulterade i meningsskiljaktigheter mellan dessa stadsdelsförvaltningar och äldreförvaltningen.

⁶⁸ Försvärshögskolan, 2020. Stabsutvärdering – Stockholms stads centrala krislednings (CKL) hantering av covid-19 under den initiala fasen, 4 februari – 1 september 2020. Sida 36–37.



Ett annat exempel är tydlig vägledning kring skyddsutrustning där staden har gått på nationella och regionala myndigheters inriktning, som i några fall har varit otydliga och uppdaterats kontinuerligt. Exempelvis hade staden kunnat vara snabba i att skapa tydlighet kring användning av munskydd som komplement till visir i lägen då nationella myndigheter gick ut med delvis motsägelsefulla riktlinjer. Vissa privata utförare valde att införa visir i tidigt skede, vilket även staden hade kunnat göra om det hade bedömts vara en god förebyggande åtgärd för smittspridning som även kunnat skapa trygghet hos medarbetare.

Ganska tidigt framkom att asymtomatiska personer kunde vara en orsak till smittspridning. Vid den här tidpunkten var dock testkapaciteten begränsad, särskilt för personal. Det innebar att vissa verksamheter valde att låta genomföra egen provtagning för att få bukt på smittspridningen genom de snabbtester som fanns att tillgå, i samråd med sin läkarorganisation. Det här hade möjligen kunnat vara en fråga som staden hade kunnat arbeta mer aktivt med för att vara proaktiv och agera i förhållande till Region Stockholm, som menade att de snabbtester som då fanns att tillgå inte var tillförlitliga. I lägen med hög smittspridning hade det möjligen kunnat vara bättre än att inte testa alls. Här finns dock olika syn på frågan mellan involverade aktörer och olika utredningar.

Ytterligare exempel på proaktivt agerande skulle kunna vara att staden tidigt tagit initiativ för att stärka hälso- och sjukvårdskompetensen på olika nivåer; i CKL, inom äldreförvaltningen och i utförarverksamheterna. Ökad hälso- och sjukvårdskompetens på såväl chefsnivå som operativt i verksamheterna hade stärkt hanteringen under pandemin.

De större privata aktörerna som har ingått i fördjupningen, har på ledningsnivå arbetat intensivt med att analysera händelseförloppet och tolka myndigheters och regioners beslut och rekommendationer. De har agerat på sin omvärldsanalys och i flera sammanhang fattat egna beslut för sina verksamheter. De bedöms ha varit proaktiva och tydliga i förhållande till sina utförarverksamheter. De aktörer som har verksamhet i fler regioner har haft olika riktlinjer att förhålla sig till. En aktör som vi intervjuat valde då att utgå ifrån den region som ställt högst krav på en fråga.

9.1.2. Information och kommunikation

Informationsflödet har varit omfattande och nästintill ohanterligt

Informationsflödet från regeringen, nationella myndigheter, Region Stockholm och Stockholms stad har varit mycket omfattande under den period som utvärderingen avser. Allteftersom expertmyndigheterna insåg behovet inom äldreomsorgen har beslut och rekommendationer blivit många. Eftersom kunskapen om viruset har utvecklats efterhand har det också ständigt kommit nya riktlinjer och direktiv som behövt beaktas. Det har också vid tillfällen funnits motstridiga riktlinjer, där myndigheter förmedlat olika signaler.

Information i form av beslut, rekommendationer, riktlinjer och rutiner gällande äldreomsorg har förmedlats genom ett stort antal kanaler för att säkerställa att samtliga



berörda har informerats. Det innebär att informationsflödet har varit enormt för många funktioner inom staden så som stadsdelsdirektörer, avdelningschefer inom äldreomsorg, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, enhetschefer, biträdande enhetschefer och medarbetare. Information har skickats vidare och har ibland uppdaterats till nya versioner flera gånger om dagen. Det har sedan varit upp till stadsdelsförvaltningarna att hantera och agera på informationen.

Det är vår bild att det har funnits en avsaknad av struktur och tydlighet kring hur informationsflödet skulle hanteras och i vilka kanaler. Under inledningen av pandemin uppfattar vi att inriktningen var "*all information skickas till alla*". Detta förtydligades något under senvåren 2020 då en struktur skapades i olika mötesformer mellan funktioner samt att stadsdelsförvaltningarna hittade arbetssätt för att arbeta med sina utförarverksamheter. Vi tror dock att det omfattande informationsflödet hade underlättats av en tydlig kommunikationsplan med rätt information förmedlad till rätt funktion.

Vidare skiljer det sig åt mellan stadsdelsförvaltningar hur man arbetat med informationsflödet. I vissa stadsdelsförvaltningar har ledningen centralt bearbetat information och sedan vidareförmedlat det nya/uppdaterade till enhetscheferna. I andra stadsdelsförvaltningar har det varit mycket upp till respektive enhetschef att ta till sig, hantera och omsätta detta till rutiner för den egna verksamheten. Det har av många upplevts som mycket betungande i en redan mycket ansträngd situation att själva identifiera och utforma rutiner till den egna verksamheten och kontinuerligt uppdatera dessa allteftersom ny information har tillkommit.

Sammantaget har informationsflödet involverat ett stort antal chefer och medarbetare som har lagt mycket tid på att ta till sig informationen, tolka och själva skaffa sig en uppfattning om vad som är nytt och vad som behöver ageras på. Det är vår bedömning att det är ineffektivt att i en krissituation låta en hög grad av tolkning och bearbetning ske centralt inom varje stadsdelsförvaltning och i många fall även i verksamheterna. Många chefer menar att just detta moment har gått först i prioritering av tid, vilket torde innebära att andra delar av chefsuppgiften, som att vara i verksamheten och leda medarbetare, kan ha nedprioriterats. Informationsflödet har vidare inneburit en stress för såväl enhetschefer som medarbetare då det varit extremt viktigt att hålla sig uppdaterad och arbeta enligt de senaste rekommendationerna.

Det har funnits behov av ett mer samlat stöd

En stor del av hanteringen av pandemin, såväl att ta till sig informationsflödet (enligt ovan) som att sätta rutiner och arbetssätt, har legat centralt på stadsdelsförvaltningsnivå eller ute hos utförarverksamheterna. Vår bedömning är att det hade underlättats av en mer samlad central hantering med fokus på att också ge stöd och inte enbart förmedling av kritiskt viktig information.

Flera av de privata aktörerna som ingått i vårt urval har haft ett nära och stöttade centralt stöd från sina koncernkontor/huvudkontor/ledning. Från koncernkontoren har mellanchefer/regionchefer erhållit samlad och omarbetad information som skickats till enhetschefer att direkt agera på.



En utsedd central funktion inom Stockholms stad hade kunnat ha i uppgift att hantera informationsflödet, samla och bearbeta detta, och i en snabb process förmedla ut rätt information till berörd verksamhet. Det hade minskat informationsflödet och avlastat enhetschefer så att de hade getts mer utrymme till att fokusera på verksamheten och medarbetare. En funktion som ges mandat att leda kommunövergripande frågor bör också kompletteras med tillräcklig bemanning i form av resurser och rätt kompetens för att även kunna ge stöd och råd. En mer central hantering av information och stöd hade också möjliggjort en mer enhetlig hantering mellan stadens utförarverksamheter.

Äldreförvaltningen har ett ansvar för stadsövergripande samordning inom äldreomsorgen. De har också arbetat för att samordna stadens hantering av pandemin och säkerställa enhetlighet inom stadens verksamheter, inledningsvis genom de beredningsplaner som togs fram i ett tidigt skede men därefter även andra riktlinjer och stöd. De har också bjudit in till olika mötesstrukturer för att samla aktörer. De har dock inte fullt ut tagit den roll att erbjuda ett mer samlat stöd till stadsdelsförvaltningarna och utförarverksamheterna som vi ser att det hade funnits ett behov av – delvis på grund av den organisation och mandatstruktur som staden har (se avsnitt 9.1.3. nedan).

9.1.3. Organisation och roller

Stadens organisation har varit utmanande för en effektiv krishantering

Det har funnits en tydlig ansvarsfördelning inom stadens organisation under pandemin. Ansvarsprincipen gäller under en kris, vilket innebär att en förvaltning som i normalfallet är ansvarig för en verksamhet är det även under kris. Detta har underlättat och skapat tydlighet i ansvar och kommunikation i de alla flesta fall. Det finns dock ett undantag som skapat vissa utmaningar. Det gäller äldreförvaltningens uppdrag kontra stadsdelsförvaltningarnas ansvar för sina verksamheter.

Då krishantering varit så pass omfattande inom äldreomsorgen har det funnits behov av ett mer samlat, snabbt och enhetligt agerande. Denna roll har tilldelats äldreförvaltningen, som delvis också har tagit rollen och agerat samordnade för att hantera stadsgemensamma frågor.

Äldreförvaltningen har, utifrån sina förutsättningar, försökt agera för att stödja stadsdelsförvaltningar och de privata utförarverksamheterna. Stadsdelsförvaltningar har då reagerat på att äldreförvaltningen inte följt linjen. Det gäller exempelvis när äldreförvaltningen har kommunicerat direkt med vård- och omsorgsboenden i egen regi. Det finns också situationer där stadsdelsförvaltningarna har tyckt att äldreförvaltningen har gjort för lite eller inte agerat tillräckligt snabbt.

Det är vår bedömning att stadsdelsförvaltningarna inte har informerats tillräckligt tydligt om det utökade mandat som äldreförvaltningen har haft att samordna hanteringen av pandemin. Det har bidragit till otydlighet kring ansvarsfördelning där förväntansbilden på äldreförvaltningen sett olika ut. Så här i efterhand hade det varit klokt att tidigt i pandemin se över äldreförvaltningens mandat och roll i krishantering och tydliggjort denna mot alla berörda.



Det finns skillnader i arbetssätt mellan stadens medicinskt ansvariga sjuksköterskor

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor på stadsdelsförvaltningarna har haft en mycket viktig roll och varit ett viktigt stöd för staden i hanteringen av pandemin. Det är denna professionsgrupp som besitter den medicinska kompetens som har behövts för att fatta rätt beslut och ge verksamheterna stöd. Av utvärderingen framkommer att det finns skillnader i arbetssätt och synsätt på dess roll mellan de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i stadsdelsförvaltningarna, som troligen även påverkat deras stöd. Funktionen är placerad på olika sätt organisatoriskt i stadsdelsförvaltningarna och arbetar mot utförarverksamheterna på olika sätt. Detta har gällt även sedan tidigare men särskilt uppmärksammats under hanteringen av pandemin. Det har gjort att stöden till utförarverksamheterna har blivit olika, där vissa medicinskt ansvariga sjuksköterskor har varit nära involverade och stöttat i verksamheterna medan andra enbart bidragit med stöd digitalt. Det finns ingen övergripande medicinskt ansvarig sjuksköterska som kan samordna eller ta beslut som ska gälla dem alla eftersom de arbetar utifrån arbetssätt och roll i respektive stadsdelsförvaltning. Det har till viss del inneburit en utmaning för äldreförvaltningen att samordna nätverket och tillsammans med dem arbeta för en enhetlighet mellan stadsdelsförvaltningar. I en krishantering är det viktigt att det finns ett enhetligt agerande som ger samma förutsättningar för verksamheter över staden.

9.1.4. Chefers ledarskap

Enhetschefer har fått ta ett stort ansvar i hanteringen av pandemin

Enhetschefer inom hemtjänst och på vård- och omsorgsboenden, första linjens chefer, har fått ta ett stort ansvar i hanteringen av pandemin. Av utvärderingen framkommer att enhetscheferna många gånger stått relativt ensamma i sin roll och agerat både vägvisare och beslutsfattare. Bristen på centralt stöd som nämns ovan, från exempelvis stadsdelsförvaltningens ledning eller äldreförvaltningen, har inneburit en hög grad av lokal anpassning och utveckling av egna rutiner och arbetssätt.

Det skiljer sig mellan utförarverksamheter hur enhetscheferna har arbetat och hur de har lyckats hantera situationer med smittspridning och stöttat sina medarbetare. Enhetschefer med medicinsk bakgrund uppger att de har haft goda förutsättningar att hantera chefsrollen och stått trygga i sin kunskap. Det är vår bedömning att situationen varit svårare att bemästra för chefer utan medicinsk bakgrund eller annan liknande erfarenhet. Likaså har det visat sig att enhetschefer som har en väl fungerande intern ledningsgrupp med biträdande enhetschefer har haft mer stöd och avlastning, och därmed kunnat vara mer närvarande än enhetschefer som är mer ensamma i sin funktion. En slutsats är att enhetscheferna har fått, och även framåt kommer att ha, en avgörande roll för hur äldreomsorgen hanterar en kris eller hur verksamheterna utvecklas framåt. Det är därav av vikt att staden ser över vilka förutsättningar som finns och vilka krav som bör ställas på en enhetschefsroll.

Det är tydligt att enhetscheferna har fått ta ett stort ansvar. Utöver de konkreta förutsättningar som nämns ovan krävs vidare att de i sin tur har stöd från sina respektive



avdelningschefer. Stöd i ledarskapet på olika nivåer är också viktigt för att stå trygg i sin egen chefsroll.

Även Coronakommissionen lyfter att förutsättningar för ett nära och tydligt ledarskap ger bättre förutsättningar för att klara kriser som en pandemi. De menar att arbetsgivarna måste förbättra förutsättningarna för ledarskap genom att se över ledningsstrukturer och organisering så att antalet medarbetare som en chef ansvarar för sänks väsentligt.⁶⁹

Det närvarande ledarskapet har varit centralt för att hantera pandemin

Hantering av pandemin har varit starkt beroende av hur ledarskapet fungerat på flera nivåer; stadsdelsdirektörer, avdelningschefer för äldreomsorgen, men kanske framför allt enhetschefer för vård- och omsorgboenden och hemtjänst.

Det närvarande ledarskapet har tagit sig olika uttryck under pandemins förlopp. Det har bland annat handlat om att vara fysiskt närvarande, att som chef vara på plats hos personalen, förklara och visa rent praktiskt i hantering av nya arbetsätt och visa på mod i ett oroligt läge. Det har också handlat om att som chef vara engagerad och att stödja medarbetare i situationer där de känt oro och rädsla. Att kontinuerligt hålla sig uppdaterad kring händelseförloppet och myndigheters beslut för att leda verksamheten i rätt riktning har också ingått i detta. För enhetschefer som utövat ett närvarande ledarskap har det inneburit att de blivit mer operativa än under normala omständigheter.

Förmågan att utöva ett närvarande ledarskap har skiljt sig åt mellan chefer och utförarverksamheter. På många håll har ledarskapet fungerat väl och cheferna har lyckats skapa ett lugn och en tydlighet i hur man förväntas agera i olika situationer. På andra håll har ledarskapet fungerat mindre väl och cheferna själva blivit oroliga.

Det är vår bedömning att det närvarande ledarskapet beror både på chefens förmåga och kompetens att leda en verksamhet under en pandemi och vilka förutsättningar chefen har haft i form av stöd från avdelningschef, biträdande chefer eller annan avlastning. Det närvarande ledarskapet har visat sig underlättas när chefer haft stöd av biträdande chefer. Det finns chefer som har haft begränsat stöd och upplevt sig ensamma i rollen att hantera den löpande verksamheten under pågående situation, framför allt chefer för mindre verksamheter. En viktig slutsats inför kommande kriser är därmed att säkerställa att enhetschefer har goda förutsättningar för sitt ledarskap genom stöd av avdelningschefer, biträdande chefer eller av chefskollegor från andra verksamheter för att de i sin tur ska kunna utöva ett närvarande ledarskap till sina respektive medarbetare.

⁶⁹ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 255.



9.1.5. Bemanning och arbetssituation

Att säkerställa bemanning har varit en central fråga som hanterats av verksamheterna

Under inledningen av pandemin var frånvaron hög bland personal inom äldreomsorgen, både på grund av konstaterad covid-19-smitta och misstänkt smitta, men även på grund av vård av barn (VAB) samt på grund av oro för att själv bli smittad. Frånvaron på grund av VAB uppges ha ökat då barn behövt stanna hemma för minsta symtom. Det är svårt att veta hur stor del av frånvaron som beror på oro för smittorisken, men bedömningen är att en del av personalen i verksamheterna valde att hålla sig hemma på grund av rädsla för att bli smittad. Även på chefsnivå har det funnits en frånvaro till följd av sjukdom och vård av barn.

Det har uppstått utmaningar avseende bemanning och personalkontinuitet under perioder med hög smittspridning och/eller hög frånvaro. Verksamheterna har arbetat intensivt med att trygga bemanningen. De har i första hand bemannat upp med befintlig personal genom att de tagit fler och längre pass, i nästa steg använt timvikarier genom att ta in fler och schemalägga dem för längre perioder, samt att man också har rekryterat ny personal och i vissa fall tagit in bemanningspersonal. Denna hantering har varit nödvändig men krävt mycket arbete. Frånvaron har inneburit ökade personalkostnader i form av sjuklöner, vikarie- och konsultkostnader, lönetillägg, övertid etcetera men även kostnader i form av företagshälsovård på grund av längre sjukfrånvaro eller oro och stress. Detta framkommer av utvärderingen men nämns även i nämndernas tertialrapport 2 2020.

Efter perioder med hög frånvaro och hög arbetsbelastning har verksamheterna lyckats säkra bemanningen, och det bedöms ha varit relativt god bemanning runt maj/juni 2020. Under hösten var frånvaron inte lika hög, troligen för att man då hade skaffat sig mer kunskap, rutiner och inarbetade arbetssätt för att hantera pandemin. Det finns dock verksamheter som drabbades hårt även under andra vågen och som återigen upplevde en brist på personal. I detta skede var man dock snabbare på att hantera situationen och säkra upp med ny personal.

För att trygga bemanningen i verksamheterna gick personalstrategiska avdelningen tidigt ut med direktiv och anvisningar om att överbemanna. Trots den höga frånvaron och direktiv om att överbemanna, är det vår bedömning att verksamheterna inte har överbemannat generellt. I nämndernas tertialrapport⁷⁰ redogör endast ett fåtal stadsdelsnämnder för att de överbemannat i verksamheterna. Däremot redogörs för att man har bemannat till en tillräcklig nivå för att hantera situationen. Möjliga orsaker som påverkat personalförsörjningen är ökade personalkostnader och minskad beläggning på vård- och omsorgsboenden samt intäktsbortfall inom hemtjänsten på grund av att ett ökat antal brukare har avböjt eller pausat hemtjänstinsatserna.

Ytterligare orsaker är målkonflikten mellan överbemanning och ambitionen att begränsa antalet medarbetare som rör sig i verksamheterna för att inte bidra till smittspridning. Att befintlig personal har använts i möjligaste mån för att undvika att ta in ny

⁷⁰ Stockholms stad, 2020. Nämndernas Tertialrapport Tertial 2.



personal blir delvis motsägelsefullt då hanteringen av smitta inom ett boende i sig är mer personalkrävande och kräver ökad bemanning. Det har också lyfts fram att det finns en inbyggd kultur inom äldreomsorgen att klara budget och hålla nere kostnaderna, varför enhetscheferna varit tveksamma till att överbemanna. I dessa fall har det inte funnits en tillit till att staden centralt tar ansvar för en försämrad ekonomisk situation till följd av överbemanning under krisen. Direktiv om överbemanning och planering för hur ökade kostnader skulle hanteras har alltså inte fått fullt genomslag och hade troligen behövt följas upp för att få större genomslagskraft i verksamheterna.

Staden inrättade tidigt en central bemanningsfunktion som skulle stödja verksamheterna med extra personal. Funktionen har dock inte använts i större utsträckning då verksamheterna själva hanterat sin rekrytering och menar att de haft bättre koll på sitt behov av personal och kompetens. Orsaker till att bemanningsfunktionen inte har använts, trots det stora behovet som fanns under inledningen av pandemin, tåls att reflektera över. Här finns sannolikt flera anledningar som både handlar om funktionens möjlighet att rekrytera kompetent personal och verksamheternas tillit till att ta emot arbetskraft som de själva inte har anställt. Bemanningfunktionen skulle även möjliggöra stöd och avlastning till chefer, vilket också har använts i begränsad utsträckning trots att chefers arbetssituation har visat sig vara särskilt ansträngd. Om detta beror på att chefer inte känt till denna möjlighet eller om man av annan anledning har valt att inte ta emot stödet har vi inte lyckats fånga inom ramen för denna fördjupning.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har gjort flera granskningar av regioner och kommuners hantering av pandemin inom äldreomsorgen. Gällande kommunala och privata utförare inom äldreomsorgen har brister framför allt påtalats när det gäller vård- och omsorgsboendenas bemanning och kompetens som gör att förutsättningar saknas för att ge brukare en god och nära vård och behandling utifrån individens behov. IVO menar att verksamheterna inte har säkerställt en acceptabel bemanning och att tillgängligheten till sjuksköterskor bedöms ha varit för låg. Brist på personal har resulterat i allvarliga brister i vården och omsorgen i livets slutskede och svårigheter att tillgodose att brukare får den behandling som läkare ordinerat.⁷¹

Även Coronakommissionen tar upp utmaningar kring bemanningen på vård- och omsorgsboenden. De menar att arbetsgivarna i äldreomsorgen måste förbättra anställningstryggheten och personalkontinuiteten samt kraftigt minska andelen personal med timanställning. Men de menar också att riksdag och regering har ett ansvar att diskutera och finna en bemanning på särskilda boenden och i hemtjänsten som från vård- och omsorgssynpunkt är tillräcklig men samtidigt ekonomiskt försvarbar.⁷²

En krävande arbetsmiljösituation för såväl chefer som medarbetare

Arbetssituationen har varit mycket ansträngd för såväl chefer som medarbetare under covid-19-pandemin. Det beror dels på att frånvaron bland kollegor har varit hög och

⁷¹ Inspektionen för vård och omsorg, 2021. Förutsättningar för god vård och behandling på SÄBO saknas och leder till brister.

⁷² SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 255.



medarbetare har tagit flera och längre pass för att täcka upp för varandra. Dels beror det på att arbetssituationen i sig har varit mer krävande och intensiv under perioder med hög smittspridning. Många har gjort sitt allra yttersta för att upprätthålla ordinarie verksamhet och ge den vård och omsorg som krävs. Medarbetare beskriver en arbetssituation som periodvis varit mycket ansträngd och att de känt sig trötta och slitna under lång tid efter perioder med hög smittspridning.

Vidare har många medarbetare upplevt en stor oro och känt sig otrygga på arbetet. Oron har framför allt haft att göra med bristen på skyddsutrustning och det faktum att kunskapen kring viruset var så pass begränsad under pandemins initiala fas.

Hanteringen av pandemin inom vård- och omsorgsboenden har ställt krav på mer avancerad vård och behandling till ett ökat antal sjuka brukare. Det har medfört att sjuksköterskor har haft en extra hög arbetsbelastning under perioder med hög smittspridning. Utifrån en begränsad resurs av sjuksköterskor redan innan pandemin har denna professionsgrupp fått ta ytterligare ansvar och arbetsbelastning som riskerar att leda till ohållbara situationer på sikt.

Det har även funnits utmaningar kopplat till den fysiska arbetsmiljön då vård- och omsorgsboendenas lokaler inte är anpassade för att hantera en omfattande pandemi. Tillräcklig medicinsk utrustning för ökade vårdbehov saknas till viss del, liksom ordentliga förutsättningar för att upprätthålla basala hygienrutiner.

Det finns en del områden där staden har agerat proaktivt för att bemöta en utmanande arbetsmiljösituation. Exempelvis inrättade staden snabbt en central bemanningsfunktion (som dock inte användes i så hög utsträckning) och uppmanade verksamheterna att överbemanna. Staden inrättade också en central materialfunktion med uppdrag att säkerställa tillgång till skyddsutrustning som har visat sig fungera väl. Äldreförvaltningen har vidare utvecklat stöd och utbildningar kring basala hygienrutiner. Givet krisens omfattning är det dock ändå värt att ställa sig frågan om staden hade kunnat agera ännu mer proaktivt genom att upprätta eller tillgängliggöra ytterligare ett antal stödmekanismer. Det hade exempelvis kunnat vara direktiv om utökad sjuksköterskebemanning till dygnet runt, uppföljning för att säkerställa avlastning för enhetschefer samt stöd i smart hantering av lokaler för att upprätthålla förutsättningar för hygien och ombyte.

Det är vår slutsats att arbetssituationen har påverkats i mycket hög grad för chefer och medarbetare inom äldreomsorgen under covid-19-pandemin. Det finns sannolikt personal som har drabbats extra hårt med hög grad av press och stress som påverkat dem negativt och riskerar leda till ohållbara situationer. Det har i dessa lägen varit viktigt med ett ledarskap som fångar detta, alternativt arbetsmiljöombud eller fackliga representanter som tagit vidare denna typ av ärenden. Det handlar både om den fysiska och den psykosociala arbetsmiljön. Staden har som arbetsgivare agerat väl inom många områden men möjligen hade verksamheten kunnat stöttats i ännu högre grad genom att vara mer följsamma i att möta verksamhetens behov av stöd i krisen.



9.1.6. Verksamheternas hantering av pandemin

Verksamheternas hantering av pandemin innehåller en mängd områden och aspekter. I följande avsnitt lyfter vi ett antal områden som vi bedömer som särskilt relevanta utifrån ett lärande och förståelse kring hanteringen av pandemin.

Alla delar av omsorgen har svårligen kunnat upprätthållas

Verksamheterna har upprätthållit omsorgen i den mån det varit möjligt. Under perioder med hög smittspridning och frånvaro bland medarbetare har dock delar av omsorgen påverkats negativt inom vård- och omsorgsboenden och till viss del nedprioriteras för att säkerställa att vården upprätthållits liksom rutiner och arbetssätt för minskad smittspridning. Den del av omsorgen som avser aktiviteter och social omsorg med och mellan brukare har generellt minskat som ett led i arbetet för att minska smittspridningen. Konsekvenserna av minskad social samvaro och begränsning i besök har i vissa fall gett upphov till ökad ensamhet, nedstämdhet och oro bland brukare. Verksamheterna har, i den mån det varit möjligt, försökt att anpassa och hitta alternativa sätt för besök men även dessa har i sina delar varit utmanande att få till. En slutsats av detta är att utifrån hur äldreomsorgen är organiserad och bemannad kommer ett högre behov av omvårdnad och rutiner för att inte sprida smitta per automatik innebära minskat utrymme i tid och möjlighet att upprätthålla den sociala omsorgen och sociala aktiviteter.

Det har varit utmanande att upprätthålla en god hälso- och sjukvård

Det har varit en krävande och svår uppgift att upprätthålla en god hälso- och sjukvård på vård- och omsorgsboendena under perioder med hög smittspridning. Med befintlig personal har verksamheterna haft i uppgift att ta hand om flera allvarigt sjuka under samma period. Nivån på vården och den medicinska behandlingen har många gånger varit högre än vad verksamheterna i normalfallet hanterar. Det har krävt såväl anpassning, ansträngning och professionalitet hos hälso- och sjukvårdspersonalen på boendena, tillsammans med ansvarig läkare. De allra flesta verksamheter som ingått i utvärderingen uppger att de, utifrån gällande förutsättningar, har kunnat ge den vård och behandling som det har funnits behov av. Det finns dock undantag där man inte fullt ut har kunnat ge tillräcklig vård. Motsvarande bild framkommer av andra utvärderingar. I sammanhanget är det dock viktigt att ställa detta mot vilken förväntansbild som har funnits, eller varit möjlig, för vård- och omsorgsboendena att vårda många svårt sjuka äldre. Under pandemin har vårdbehoven kraftigt ökat och det kan nästintill ses som att verksamheterna och läkarorganisationerna sammantaget har fått ett utökat uppdrag utifrån en redan begränsad kapacitet av att kunna ge hälso- och sjukvård till vård- och omsorgsboenden.

IVO har i sina granskningar av regioners hantering av pandemin påtalat brister när det gäller den individanpassade medicinska vården och behandlingen av brukare på särskilda boenden. När det gäller kommunernas ansvar påtalas framför allt brister när det gäller vård- och omsorgsboendenas bemanning och kompetens som gör att förutsättningar saknas för att ge brukare en god och nära vård och behandling utifrån individens behov. IVO lyfter även att verksamheterna inte har haft tillgång till medicinsk



utrustning och att brist på personal har resulterat i allvarliga brister i vården och omsorgen i livets slutskede. Kompetens- och bemanningsbristerna har också inneburit svårigheter att tillgodose att brukarna får de insatser och den behandling som läkare ordinerat.⁷³ Det här är allvarliga brister som behöver beaktas och hanteras framåt. Sex av de åtta boenden inom Stockholms stad som ingick i IVO:s granskning har fått anmärkningar. I sammanhanget är det dock värt att nämna att IVO:s urval av granskade verksamheter utgår från förekomst av smittspridning, initiala inkomna upplysningar, klagomål, anmälningar och tips.

De grundläggande bristerna som IVO lyfter är kopplade till regionernas ansvar för medicinsk vård och behandling. Flera av regionernas återkoppling på tillsynen visar att det varit alltför oklart vad den medicinska vården och behandlingen för personer som bor på särskilda boenden för äldre ska innehålla. Det lyfts behov av att tydliggöra läkaruppdraget för denna patientgrupp. Med det sagt antyds att det finns en otydlighet mellan kommun och region kring ansvarsgränserna för den medicinska vården och behandlingen.

Äldreomsorgen är idag rustad för att en person ska kunna bo kvar i sitt hem i det särskilda boendet till livets slut. Det har även varit en inriktning under pandemin att i så hög grad som möjligt låta brukarna vårdas kvar på boendet. Både för att minska trycket på akutsjukvården och för att låta de äldre vårdas kvar hemma i sin trygga miljö. Under pandemin har behovet av medicinsk behandling därmed ökat samtidigt som tillgången till sjuksköterskor varit begränsad utifrån normallägetets bemanning. På flera boenden finns ingen sjuksköterska på plats på kvällar, nätter eller helger. Dessutom är den medicinska utrustningen begränsad på boendena. Region Stockholm utökade under våren möjligheten för ASiH att bistå med mer avancerad behandling till boenden. Läkarna har kunnat förskriva syrgas, som då antingen har tillhandahållits av boendet om utrustning och kompetens funnits, och annars via ASiH. Användningen av ASiH uppges trots allt ha varit begränsad, vilket även framkommer av Region Stockholms utvärdering⁷⁴. Det beror troligen på att läkarna inte förskrivit syrgas samt att kompetensen för att hantera utrustningen inte har funnits på boendena.

Det är vår slutsats att det har varit utmanande för verksamheterna att upprätthålla en god hälso- och sjukvård. Förutsättningarna för att kunna möta ett kraftigt utökat vårdbehov har inte funnits i verksamheterna, varken i form av tillräcklig bemanning, kompetens, eller medicinsk utrustning.

Det är framåt viktigt att utrusta boendena med tillräcklig medicinsk utrustning för att möta brukares behov av medicinska insatser. Även Coronakommissionen menar att det vid varje särskilt boende bör finnas tillgång till medicinsk utrustning så att nödvändiga medicinska insatser och en god palliativ vård kan ges på plats⁷⁵. En förutsättning för att nyttja sådan medicinsk utrustning är dock att det finns tillräcklig kompetens bland

⁷³ Inspektionen för vård och omsorg, 2021. Förutsättningar för god vård och behandling på SÄBO saknas och leder till brister.

⁷⁴ KPMG rapport, 2021. Region Stockholms hantering av covid-19. Sida 362.

⁷⁵ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 260.



personal på boendet som kan hantera utrustningen. Av fördjupningen framkommer att det i vissa fall har funnits begränsningar hos hälso- och sjukvårdspersonalen att exempelvis kunna ge syrgas eller intravenös behandling.

Ett strukturerat arbete med utbildning och stöd rörande basala hygienrutiner och skyddsutrustning har varit centralt

Alla utförarverksamheter som intervjuats redogör för att de under pandemin har genomfört olika åtgärder för att ge personal utökade kunskaper om basal vårdhygien och användning av skyddsutrustning. Det har inte funnits något sammanhållet sätt att arbeta med detta i staden utan varje verksamhet har genomfört arbetet utifrån sina förutsättningar och ambitionsnivå. Det har varit enhetschefens ansvar att ta till sig, hantera och säkerställa att detta kommuniceras till medarbetarna på ett tydligt sätt.

De utförarverksamheter som har prioriterat och arbetat strukturerat med utbildningsinsatser och repeterat vid återkommande interna arbetsplatsmöten, bedöms ha tagit till sig och hanterat de nya arbetssätten för att minska smittspridningen på ett bättre sätt än de som inte har arbetat med detta lika strukturerat. Det tenderar också vara så att dessa verksamheter har haft ett nära ledarskap där ansvariga chefer aktivt deltagit och stöttat fysiskt ute på avdelningarna. Ledarskapet har här även karaktäriserats av tydlighet och noggrann uppföljning av efterlevnaden av basala hygienrutiner, vilket har varit en förutsättning för att hantera av smittan inom boenden.

De medarbetare som har haft, eller har fått, nära vägledning och kunskap om basala hygienrutiner också har känt en annan trygghet och lugn i sitt arbete. God kunskap om basala hygienrutiner, om covid-19, arbetssätt, behandlingsmetoder, smittvägar etcetera, tenderar också att ha haft betydelse för hur tillgången till skyddsutrustning har upplevts. Om man har haft tillräckliga kunskaper och förståelse för hur smittan ska hanteras har man också kunnat använda skyddsutrustning på det sätt som behövs och känt ett lugn i det. På motsvarande sätt bedöms brister i kunskap skapa en ökad oro och osäkerhet för smitta. Med andra ord är ledarskapet och dess förmåga att ge stöd och kunskap av stor vikt för att skapa en trygghet i arbetet.

Besöksstoppet i sig bra – men borde ha anpassats och kommunicerats

Staden fattade beslut om besöksstopp innan regeringen fattade beslut om besöksförbud, men senare än flera privata utförare. Besök av anhöriga som gjordes innan dess bedöms ha varit en av flera orsaker till en tidig smittspridning inom äldreomsorgen. Det är dock för tidigt att säga något om hur besöksstoppet har påverkat smittspridningen och det finns ännu inga belägg för att de besöksförbud som infördes i de flesta länder har haft någon avgörande effekt för att minska smittspridningen⁷⁶. Ett besöksförbud torde åtminstone ha viss potential att minska smittspridningen och det var därför både begripligt och försvarligt att införa såväl stadens besöksstopp som regeringens besöksförbud. Det kan också ha haft en positiv påverkan på upplevelsen av att de äldre faktiskt skyddats från smitta så långt det varit möjligt.

⁷⁶ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 216.



Däremot kan förbuden ha fått negativa konsekvenser för de som har berörts i form av minskade sociala kontakter som fått följder som nedstämdhet och oro bland såväl brukare som anhöriga. Coronakommissionen lyfter i sitt betänkande att det nationella besöksförbudet var befogat när det infördes, men att regeringen borde ha infört det tidigare än den 1 april 2020. De menar också att besöksförbudet borde ha gällt för en betydligt kortare tid för att därefter överväga en eventuell förlängning, med hänsyn till de negativa konsekvenserna för de äldres välbefinnande som förbudet medförde.⁷⁷

Besöksförbudet har påverkat ett stort antal brukare på ett negativt sätt med följder som oro, ångest och nedstämdhet. Detta lyfts av staden men även av Folkhälsomyndigheten i en rapport om *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19*⁷⁸. Även anhörigas oro för sina närstående förstärktes under besöksförbudet. Undantag från besöksförbudet har kunnat göras vid livets slutskede eller vid extraordinära händelser, men borde kanske ha utnyttjats i högre grad för att åstadkomma individuella lösningar och anpassningar för att skapa trygghet och lugn hos brukare som visat tendens till nedstämdhet och oro. Även för anhöriga, och särskilt inför vård i livets slutskede, finns en bild av att undantagen hade behövt anpassas något mer. Beslut om undantag har fattats av enhetschef, i samråd med läkare. Det är tuffa beslut att ta i en redan pressad situation där trycket på att undvika onödiga besök ska samspela med behov av närhet. I dessa lägen hade enhetschefer sannolikt behövt stöd och vägledning för att fatta rätt beslut och samtidigt arbeta med en enhetlig inriktning över staden.

Det har vidare framkommit att verksamheternas kommunikation och information rörande besöksstoppet (och sedermera besöksförbudet) hade kunnat utvecklas i relation till brukare och anhöriga. Det framkommer att anhöriga har saknat information om vad som gäller och vilka undantagsregler som finns. Även information till anhöriga gällande alternativa säkra besök som utvecklades under senvåren hade till viss del kunnat kommuniceras tydligare för att göra anhöriga mer involverade.

Kohortvård och förstärkningsteam har varit viktiga metoder för minskad smittspridning

Tidigt under pandemin inrättade vård- och omsorgsboenden kohortvård för hantering av brukare med misstänkt och konstaterad smitta i covid-19. Inom hemtjänsten inrättades särskilda förstärkningsteam för hemtjänstinsatser till misstänkt eller konstaterat smittade brukare. Av våra intervjuer bedöms båda dessa metoder ha bidragit till att smittspridningen har kunnat begränsas. Behovet av kohortvård och förstärkningsteam har skiftat. Under mars-april och december 2020 var det som störst, medan det under sommaren samma år bara var ett fåtal, eller inga, brukare i verksamheterna som behövde detta.

En utmaning med kohortvården avser brukare med demenssjukdom, där det har varit svårt att styra och kontrollera brukarnas agerande och rörelse och svårt att få dem att förstå begränsningarna i möjligheten till att röra sig fritt. Givet svårigheten att bedriva

⁷⁷ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 269.

⁷⁸ Folkhälsomyndigheten, 2020. Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19.



kohortvård för brukare med demenssjukdom har det funnits möjlighet att tillfälligt flytta dem till särskilda korttidsboenden för brukare med covid-19. De särskilda korttidsboendena bedöms ha varit en viktig åtgärd för att avlasta redan hårt drabbade vård- och omsorgsboenden och ge smittade brukare en bättre vård och omsorg under en tillfällig period. Här har staden visat på ett proaktivt agerande genom att snabbt inrätta dessa.

Det har vidare funnits utmaningar i att få medarbetare att arbeta inom kohortvården eller i förstärkningsteam samt att utbilda och säkerställa att de har tillräcklig kunskap för att utföra arbetet. Som i flera andra frågor handlar det även här om behovet av ett nära ledarskap som agerar stöttande och coachande. Att hemtjänstverksamheterna uppfattat inställningen bland personalen att vilja ingå i förstärkningsteam så olika kan ha förklaring i kunskap om covid-19-viruset och arbetssätt för minskad smittspridning. Verksamheter som har upplevt lugn och trygghet bland medarbetarna har inte heller haft samma utmaningar att bemanna kohortvården eller förstärkningsteam. Det finns sannolikt flera orsaker till detta, men som i många andra frågor handlar det i huvudsak om kunskap, erfarenhet, närvarande ledarskap, inställning och vilja att ställa upp men även den individuella hälsan som påverkar risken för egen allvarlig sjukdom.

9.1.7. Kompetens

Omsorgspersonalens kompetensnivå kring hälso- och sjukvård har varit bristfällig

Majoriteten av personalen på vård- och omsorgsboenden är omsorgspersonal, framför allt undersköterskor och vårdbiträden. Inom hemtjänsten finns bara omsorgspersonal. Undersköterska är ännu ingen skyddad titel och det finns ingen specifik undersköterskeutbildning som ger en legitimation. Den vanligaste utbildningen är gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller delar av den om personen redan besitter viss kunskap som kan valideras. Stockholms stad erbjuder undersköterskeutbildning för fast anställda inom äldreomsorgen i staden.

Av utvärderingen framkommer att det funnits brister i omsorgspersonalens hälso- och sjukvårdskompetens, särskilt när det gäller basala hygienrutiner. Omfattande utbildningsinsatser har genomförts för att snabbt stärka kunskaper om basala hygienrutiner, liksom kunskaper om covid-19-viruset och hur smittan ska hanteras i verksamheterna. Även om det finns omsorgspersonal med omfattande erfarenheter och kompetens bedöms den genomsnittliga nivån vara för låg. Av utvärderingen har det framkommit funderingar gällande innehållet i undersköterskeutbildningen generellt, men även specifikt riktat till Stockholms stads undersköterskeutbildning och huruvida den ger en tillräcklig kunskapsnivå.

Ytterligare en utmaning som framkommer i utvärderingen, och även i andra studier, är brister i svenska språkkunskaper. Tillräckliga kunskaper i svenska språket har blivit särskilt aktuellt under pandemin då medarbetare snabbt behövt ta till sig ny information och ny kunskap för att hantera pandemin. Coronakommissionen lyfter att det är en utmaning för kommunerna, särskilt i storstadsregioner, att tillgodose behov av utbildning i svenska för den personal som har behov av dessa språkkunskaper. År 2015 var 56



procent av omsorgspersonalen som var anställda i särskilt boende i storstadskommuner, födda i ett annat land.⁷⁹ Att vara född i ett annat land innebär inte per automatik att man har dåliga språkkunskaper, men andelen ger en indikation på att det finns en stor andel personal med utländsk bakgrund där delar av denna skulle kunna behöva stöd för att snabbt ta till sig ny information. Även IVO har pekat på bristande språkkunskaper som en riskfaktor i äldreomsorgen⁸⁰. Givet olika språkliga förutsättningar, som även var kända före pandemin, är det vår bedömning att staden möjligen skulle lagt än mer tid och energi på att kommunicera till medarbetare på annat sätt, exempelvis genom bilder, filmer och liknande. Äldreförvaltningen har tagit fram utbildningsstöd – om dessa varit tillräckliga eller kommit i rätt tid har vi inte haft möjlighet att värdera.

Det råder en samstämmighet bland intervjupersoner med medicinsk utbildning att balansen mellan undersköterskor och vårdbiträden behöver justeras med förmån för fler undersköterskor, samt att undersköterskornas vårdkompetens behöver stärkas. Coronakommissionen anger att cirka fyra av tio anställda inom äldreomsorgen saknar adekvat utbildning⁸¹. Utan grundutbildning finns en risk för bristande förståelse för sådant som exempelvis symtomkontroll, basala hygienrutiner och användande av skyddsutrustning. Det är då viktigt att ha någon som regelbundet instruerar och handleder för att kunna upprätthålla rutinerna även när det är stressigt och mycket händer på en gång. Under pandemin har detta inte varit möjligt i alla lägen och den begränsade hälso- och sjukvårdskompetensen har i många fall blivit mycket påtaglig.

Samma sak framkommer i IVO:s granskningar. IVO har noterat brister i bemanning och kompetens som gör att förutsättningar saknas för att ge brukare en god och nära vård och behandling utifrån individens behov. Tillgängligheten till sjuksköterskor bedöms ha varit för låg men det har också funnits brister när det gäller omvårdnadspersonal.⁸²

De medicinska behoven på vård- och omsorgsboenden har ökat, vilket ökar kraven på sjuksköterskor

Pandemins påverkan på vård- och omsorgsboenden har inneburit att vården och de medicinska behoven i omhändertagandet har ökat väsentligt. Flera brukare har behövt vård samtidigt och sjukdomsförloppet har ofta inneburit behov av mer avancerad vård och medicinsk behandling. Detta har ställt ökade krav på framför allt sjuksköterskorna men även på övrig omvårdnadspersonal, liksom på samverkan med läkarstödet.

Av Socialstyrelsens enhetsundersökning framgår att inom vård- och omsorgsboendena i Stockholms stad är cirka 80 procent omsorgspersonal (undersköterskor, vårdbiträden, äldrepedagoger eller silviasystrar). Övriga 20 procent avser övrig personal i form av sjuksköterskor, chefer, kökspersonal, städare, vaktmästare etc. När det gäller hälso- och sjukvårdskompetens framgår att det inom staden finns 0,051 sjuksköterskor per bostad under vardagar, att jämföra med 0,041 över riket. Det innebär en sjuksköterska på 20

⁷⁹ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 107.

⁸⁰ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 254

⁸¹ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 253.

⁸² Inspektionen för vård och omsorg, 2021. Förutsättningar för god vård och behandling på SÄBO saknas och leder till brister.



brukare inom ett vård- och omsorgsboende. På helgdagar är motsvarande 0,015 (en sjuksköterska på 67 brukare) i Stockholms stad och 0,006 i riket.⁸³

Som tidigare nämnts har arbetssituationen för sjuksköterskor varit mycket ansträngd under pandemin givet ökade behov av vård. Den relativt låga andelen hälso- och sjukvårdsutbildad personal på boendena har blivit särskilt tydlig och påverkat arbetsförhållandena påtagligt. Det har särskilt framkommit utmaningar avseende brist på sjuksköterskor på kvällar, nätter och helger. Det har blivit särskilt tydligt när ordination från läkare inte har kunnat ges direkt utan behövt invänta tillgängliga jour-sjuksköterskor. Även IVO lyfter att bristen på sjuksköterskor har inneburit svårigheter att tillgodose att brukarna får de insatser och den behandling som läkare ordinerat⁸⁴.

En viktig slutsats av utvärderingen är att den medicinska kompetensen i form av sjuksköterskor på boendena behöver stärkas liksom kunskaper om omvårdnad i lägen med hög och allvarlig smittorisk. Detta kommer att vara en viktig del i utvecklingen av äldreomsorgen, såväl inom Stockholms stad som nationellt. Att det finns sjuksköterskor på plats dygnet runt, och att dessa har en tillräcklig kunskapsnivå, är en förutsättning för att kunna utföra medicinska insatser som dropp, intravenös behandling, syrgas men också för att den övriga personalen ska kunna få stöd och handledning inom såväl omvårdnad som medicinsk behandling.

Även Coronakommissionen anser att det är tydligt att den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen behöver förstärkas. Det bör vara ett krav att en sjuksköterska som huvudregel finns på plats på ett särskilt boende dygnet runt under alla veckans dagar. Ett sådant krav skulle bättre tillgodose omsorgsmottagarnas vårdbehov på flera sätt. En sjuksköterska skulle också kunna leda och handleda den övriga omsorgspersonalen och utveckla deras kompetens.⁸⁵

9.1.8. Skyddsutrustning

Tillgången till skyddsutrustning har varit bristfällig och hanterats genom en snabbt inrättad materialfunktion

Behovet av skyddsutrustning, såväl skyddskläder som personlig skyddsutrustning, har varit stort samtidigt som det har uppstått en global brist till följd av stor efterfrågan och leveransproblem över hela världen. Flera verksamheter tog tidigt egna initiativ till att köpa in olika former av skyddsutrustning som gick att få tag på. Många chefer och medarbetare var kreativa för att försöka lösa bristen efter bästa förmåga.

Utmaningar kring behov av skyddsutrustning har funnits över hela landet, liksom i andra länder. Tidigt var fokus på att regionerna behövde införskaffa skyddsutrustning till sjukvården. Så här i efterhand kan det anses ha tagit orimligt lång tid att klarlägga och

⁸³ Socialstyrelsen, 2019. Socialstyrelsens enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

⁸⁴ Inspektionen för vård och omsorg, 2021. Förutsättningar för god vård och behandling på SÄBO saknas och leder till brister.

⁸⁵ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 255.



konstatera att även kommunerna och särskilt äldreomsorgen skulle behöva stora mängder skyddsutrustning. Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att säkerställa tillgången. Det tog dock lång tid, till slutet av april, då smittan redan tagit sig in i utförarverksamheterna, innan Socialstyrelsen, via länsstyrelserna började få en bild av läget i kommunerna⁸⁶.

Staden inrättade redan i mars 2020 en särskild materialfunktion som fick till uppgift att säkra tillgång till skyddsutrustning. Ett snabbt och ihärdigt agerande från materialfunktionen och en fördelning och prioritering av det material som fanns att tillgå har hjälpt utförarverksamheterna att allteftersom få adekvat skyddsutrustning. Tidigt var det små mängder som delades ut, men från slutet av maj 2020 ökade leveranserna och det som beställdes av verksamheterna levererades. Den centrala materialfunktionen gjorde att utförarverksamheterna själva inte längre behövde lägga tid på inköp och sökande efter nya inköpskanaler, utan kunde förlita sig på leveranser från denna. Materialfunktionen arbetade intensivt med såväl Socialstyrelsen, Länsstyrelsen och Region Stockholm för att säkerställa tillgången. Funktionen har även bistått övriga kommuner i länet med att transportera skyddsutrustning utifrån Länsstyrelsens fördelning.

Den samlade bilden är att verksamheterna över lag har haft skyddsutrustning när det behövts – de var aldrig helt utan. Den skyddsutrustning som funnits har dock inte alltid varit enligt godkänd standard. Tillgången till skyddsutrustning var begränsad under hela våren 2020 och behövde prioriteras mellan vård- och omsorgsboenden. Givet den begränsade tillgången skapades en oro om ifall det skulle räcka till nästa dag. Samma bild ges av andra utvärderingar som genomförts inom Region Stockholm och Uppsala kommun. Verksamheterna var aldrig helt utan men nästan alla beskriver en tuff period under första vågen där man använt det som funnits att tillgå och delat mellan verksamheter.

Givet stadens storlek och bredd kommer det alltid att finnas åsikter kring hur skyddsutrustning fördelades och prioriterades. Utmaningar har uppstått framför allt under inledningen av pandemin, där skyddsutrustning låstes in för att minska svinn och fördelades ut efter behov. Det har då i vissa fall uppstått osäkerhet, oro och även konflikter kring vem som får vad och varför. Vår slutsats är dock att staden centralt, liksom enhetscheferna, har gjort vad de kunnat för att skydda både brukare och personal.

Det kan däremot anses något märkligt att äldreomsorgen i staden (och nationellt) inte hade någon som helst skyddsutrustning för att hantera mer omfattande smitta. Att man inte har haft tillräckligt med skyddsutrustning för en omfattande pandemin som covid-19-pandemin är så här i efterhand kanske självklart – men att man knappt hade någon beredskap med skyddsutrustning alls kan ändå reflekteras kring då man även i normalfallet vårdar svårt sjuka och sköra äldre. Det hänger troligen delvis samman med att man sett verksamheten inom äldreomsorgen som huvudsakligen omsorg och i normalfallet har en ansvarsfördelning där regionen tar över vid mer allvarlig sjukdom,

⁸⁶ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 265.



varför denna utrustning inte ansetts behövs inom äldreomsorgen. Smittsamma virus i form av exempelvis influensa som kan utgöra allvarliga risker för sköra äldre har dock alltid funnits och behövts hanteras. Ordentligt med skyddsutrustning borde därför även finnas inom äldreomsorgen. Framåt lär det bli viktigt att såväl nationellt som regionalt och lokalt säkerställa någon form av tillräckliga lager av skyddsutrustning inför eventuella kommande kriser med smittsamma sjukdomar. Vidare kommer det bli viktigt att äldreomsorgens verksamheter säkerställer tillräcklig kunskap och kompetens gällande smittsamma sjukdomar på samma nivå som vårdcentraler och sjukhus.

Riktlinjerna kring skyddsutrustning har varit svåra att följa

Personlig skyddsutrustning är såväl en fråga för att minska smittspridningen som en arbetsskyddsfråga för att skydda medarbetarna. Riktlinjer och rekommendationer gällande skyddsutrustning har kontinuerligt uppdaterats under pandemin. Nya versioner av riktlinjer och beslut med större eller mindre justeringar har ersatt varandra löpande. Det har periodvis även varit så att riktlinjerna har kunnat skilja sig åt mellan myndigheter. Det här har skapat en utmaning att försöka hänga med i vad som nu gäller och en otydlighet för såväl chefer som medarbetare för att göra rätt.

Fackförbundet Kommunal krävde tidigt under pandemin, utifrån arbetsskydd, att det skulle vara obligatoriskt att använda munskydd och visir vid misstänkt eller konstaterad smitta. En konflikt uppstod bland annat på boendet Serafen där Kommunal lade skyddsstopp med krav om munskydd under visir. Stockholms stad bestred kravet omgående och frågan hamnade hos Arbetsmiljöverket – som ställde sig på Kommunals sida. Detta överklagades av staden och prövades i förvaltningsrätten, som till slut gick på stadens linje och upphävde beslutet.⁸⁷

Folkhälsomyndighetens rekommendationer har varierat över tid, från ett relativt lågt krav på skyddsutrustning under arbetsuppgifter utan risk för smitta till relativt omfattande krav på skyddsutrustning i allt arbete. Först 25 juni 2020 kom Folkhälsomyndigheten ut med en tydlig rekommendation att använda både munskydd och visir i arbete med misstänkt eller konstaterad covid-19-smitta.⁸⁸ Arbetsmiljöverket föreskrev att personalen skulle använda visir vid arbetsmoment som innebar risk för kontakt med kroppsvätskor.

Det är tydligt att det har varit svårt att följa myndigheternas riktlinjer kring användning av skyddsutrustning. Många menar att de har varit otydliga och svårtillämpade, och ibland motsägelsefulla. Coronakommissionen menar att det tidigt borde ha funnits ett samstämmigt budskap i riktlinjerna för användandet av skyddsutrustning från Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndigheten. De menar vidare att frånvaron av tydliga riktlinjer och bristen på skyddsutrustning i äldreomsorgen rimligen kan ha bidragit till smittspridningen. Detta i kombination med oro och stress kring tillgången på skyddsutrustning och bristande kunskap kring hur skyddsutrustning ska användas är

⁸⁷ Se bl.a. Sveriges Television Nyheter (2020-05-26).

⁸⁸ Stockholms stad, 2020. Lägesbild 2020-06-26.



ytterligare faktorer som har påverkat arbetssituationen och kan ha bidragit till smittspridningen.⁸⁹

9.1.9. Samverkan med Region Stockholm

Läkarstödet har varit omdiskuterat men ändå fungerat

Under inledningen av pandemin hade något fler än hälften av de vård- och omsorgsboenden vi intervjuat ingen läkare på plats. Läkarorganisationerna tog ställning till hur de skulle hantera fysiska besök utifrån riktlinjer som formulerats i Socialstyrelsens kunskapsstöd om *Arbetsätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19*⁹⁰. I en första version framgick ett förslag om att undvika besök av läkare som skulle kunna hanteras på distans för att undvika att läkarna skulle sprida smitta mellan vård- och omsorgsboenden. Den medicinska bedömningen gjordes i stället på telefon mellan sjuksköterska och läkare. Det här skapade media och det riktades hård kritik mot läkarmedverkan, många anhöriga uttryckte frustration över att ingen läkare fanns på plats. På några få av de boenden vi intervjuat framkommer att läkarmedverkan på distans innebar utmaningar och att omvårdnadspersonalen på plats kände sig utelämnade. De allra flesta boenden anger dock att läkarmedverkan på distans ändå har fungerat relativt bra. Individuell medicinsk bedömning har fungerat bra när läkare har haft kännedom om brukarens historik, men har varit svårare vid bedömning av nyinflyttade brukare. Det finns vidare ofta en uppbyggd relation mellan läkare och sjuksköterskorna på boendena vilket har varit en styrka i det nära samarbetet som krävts under pandemin.

Flera andra utredningar och utvärderingar tar upp frågan om läkarmedverkan på distans. Coronakommissionen menar att det är oacceptabelt att det förekommit fall där boenden inte fått någon individuell läkarbedömning, och att det också är oacceptabelt att läkarbedömningar gjorts på distans i de fall då tidigare kännedom om patienten saknats. De redogör även för att bilden av hur läkarinsatserna har fungerat under våren varierar mycket mellan olika kommuner och boenden, från stor nöjdhet till skarp kritik. På vissa håll uppges läkarinsatserna ha ökat, på andra att läkaren varit osynlig. Även IVO uttrycker att distansbedömningar i vissa fall kan vara befogade. En läkare som känner den boende väl och har ett etablerat samarbete med sjuksköterskan på boendet bör kunna göra bedömningar på distans.⁹¹ Även utvärderingar av Region Stockholm och Göteborgs Stad stärker bilden av att de distansbaserade läkarkontakterna ändå har fungerat, särskilt då läkaren har en relation till den boende och nära kontakt med ansvarig sjuksköterska.

Bedömningen att det har fungerat förhållandevis bra bland de boenden som ingått i denna fördjupning stärks av den modell för läkarmedverkan som finns i Stockholms län där en läkarorganisation, inriktad på läkarstöd till vård- och omsorgsboenden, är kopplad till respektive boende. Sjuksköterskorna på boendena och ansvarig läkare

⁸⁹ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 265.

⁹⁰ Socialstyrelsen, 2020. Arbetsätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19, Dnr 4.3–13193/2020.

⁹¹ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 273.



känner ofta varandra och har arbetat ihop under en längre tid. Detta skiljer sig mot övriga delar av landet där brukares respektive vårdcentral (där denne är listad enligt vårdvalet) står för läkarstödet i de allra flesta fall. Det innebär att sjuksköterskorna på boendet har kontakt med läkare från flera vårdcentraler, rent teoretiskt skulle det kunna innebära en läkare per brukare.

Samverkan mellan staden och Region Stockholm har stärkts

Under pandemin har Stockholms stad och läkarorganisationerna, som är ackrediterade av Region Stockholm för att hantera läkarstödet till boendena, drivits in i en närmre samverkan utifrån ett gemensamt behov. Detta såväl på central nivå som i verksamheterna. Det framkommer av denna utvärdering att samverkan har stärkts då man har arbetat nära och har haft behov av varandra för att gemensamt hantera vården på boendena. Även andra studier, som exempelvis utvärdering av Uppsala kommuns hantering av covid-19-pandemin, lyfter fram att samverkan mellan kommunala och regionala nivå har stärkts under pandemin⁹². Även Corona-kommissionen redovisar att samverkan i många fall har förbättrats under pandemin och nya samverkansformer utvecklats. Utöver samverkan mellan läkare och vård- och omsorgsbonden har även kommunernas samverkan med andra delar, som Vårdhygien och Smittskydd, stärkts. Flera regioner har även utökat det medicinska stödet till kommunernas hälso- och sjukvård genom olika former av mobila verksamheter⁹³, i Stockholm bland annat genom ASiH och mobila smittspårningsteam.

Denna grad av nära samverkan är värdefull att ta vara på för att framåt skapa en långsiktig nära samverkan och gemensam utveckling av äldreomsorgen för bästa möjliga omvårdnad till brukarna på vård- och omsorgsboenden. Det kräver dock en snabbhet och gemensam ansats där såväl Stockholms stad som Region Stockholm behöver engageras i närtid. Behovet av en fungerande samordning och samverkan mellan kommun och regioner lyfts även av Coronakommissionen. De menar att om nuvarande ansvarsfördelning ska bestå är en väl fungerande samordning och samverkan mellan kommun och region av yttersta vikt.⁹⁴

Det faktum att många sjuka och sköra individer finns inom äldreomsorgen, och att denna grupp av kroniskt multisjuka ökar snabbt i Stockholm⁹⁵, gör att ett annat upplägg av integration mellan kommunens vårdresurser och regionens vårdresurser behöver komma till⁹⁶. Det ställer krav på strukturer och upparbetade kanaler som säkerställer en operationell samordning mellan regioner och kommuner.

⁹² Uppsala kommun. Utvärdering av krishantering inom Äldreomsorgen under coronapandemin.

⁹³ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 246.

⁹⁴ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 246.

⁹⁵ Region Stockholm, 2020. Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040 Tredje delrapporten: Vårdens struktur. Sida 38–39.

⁹⁶ SKR, 2020. Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.



9.1.10. Brukarperspektivet i hanteringen av pandemin

Det har funnits vissa brister i hur anhöriga hållits informerade

Den samlade bilden är att verksamheterna i hög grad har arbetat som vanligt och inte haft någon särskild planering för hur brukare och anhöriga ska hållas involverade och informerade under pandemin. Många verksamheter har löpande skickat ut anhörigbrev för att informera på en övergripande nivå om situationen på boendet.

I våra intervjuer med anhöriga lyfts brister kopplat till hur anhöriga har hållits informerade om utvecklingen av smittspridningen inom verksamheterna samt att de har haft svårt att få kontinuerlig information om brukares hälsa. Under besöksförbuden har det varit svårt att få en känsla av hur situationen är på boendet och hur den äldre mår. Det framkommer också att anhöriga har saknat information om de undantag som gällt från besöksförbuden samt information om säkra besök som verksamheterna har arrangerat. Även IVO lyfter att det har förekommit brister när det gäller att hålla anhöriga delaktiga vad gäller vård och behandling vid misstänkt eller konstaterad covid-19⁹⁷.

En trolig orsak bakom bristerna i kommunikationen är dels en ovana att hantera denna typ av frågor men framför allt att i lägen med en pressad situation har tiden för information, såväl generellt som individuellt, varit knapp. Efter en intensiv arbetsdag för en sjuksköterska där behov av vård till brukarna har varit stora under en dag återstår tiden för journalföring, läkarkontakter och kontakter med anhöriga. Resurserna och vanan har helt enkelt inte alltid funnits för att möta behovet av delaktighet och dialog som anhöriga har efterfrågat. Detta är naturligtvis en brist som behöver åtgärdas framåt, men också ett faktum utifrån den situation som varit.

9.1.11. Äldreomsorgens status

Äldreomsorgens status behöver stärkas

Under covid-19-pandemin har ett antal strukturella problem inom äldreomsorgen som sedan länge varit välkända blivit tydliga och uppmärksammas. Detta lyfts bland annat av Coronakommissionen som, med stöd av en rapport från OECD om personalsituationen inom äldreomsorgen, lyfter att pandemin har satt sökljus på en resursmässigt eftersatt och undervärderad del av samhället. Coronakommissionen lyfter även en studie av WHO som pekar på ett antal gemensamma strukturella problem som bidragit till att pandemin drabbat äldreomsorgen så hårt. Exempelvis anges att äldreomsorgen i många länder är en underfinansierad sektor, att äldreomsorg och sjukvård ofta inte är integrerade och nationella riktlinjer för pandemiåtgärder inte är inkluderade i äldreomsorgen. Kommissionen menar att det står klart att regeringen och ansvariga huvudmän måste söka lösningar på äldreomsorgens sedan lång tid tillbaka kända problem. För att kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet är det nödvändigt att

⁹⁷ Inspektionen för vård och omsorg, 2020. Beslut för privata vårdgivare om vård och behandling vid covid på särskilda boenden för äldre.



åtgärda dessa problem och att höja statusen på och attraktionskraften i omsorgsyrkena.⁹⁸

Av denna utvärdering, och särskilt intervjuer med fackliga representanter och pensionärsrådet, framkommer en bild av att äldreomsorgen är det område inom kommunens verksamhet som uppfattas ha relativt låg status. Verksamheten kännetecknas av låga löner och hög andel visstidsanställningar och timvikarier. Enhetschefer har ofta ett brett uppdrag med ett stort antal underställda medarbetare. En hög andel av personalen har utländsk bakgrund där det finns en relativt stor grupp med språksvårigheter.

När det gäller nationella myndigheters agerande precis i början av pandemin var sjukhusvården och särskilt intensivvården högt prioriterade. Långt därefter uppmärksammades äldreomsorgen där många sköra äldre finns som varit de mest utsatta för pandemin. Även denna prioriteringsordning och fokus kan sägas ha följt den generella status som äldreomsorgen befinner sig i. Coronakommissionen menar att det framåt är nödvändigt att höja ambitionsnivån och statusen och därmed påverka attraktionskraften för omsorgsyrkena för att framöver kunna ge vård och omsorg av god kvalitet såväl under vardag som under kriser som pandemin⁹⁹.

Under intervjuerna har flera medarbetare lyft en besvikelse över medias rapportering om hur äldreomsorgen har fungerat under covid-19-pandemin, och hur äldreomsorgen ser ut och fungerar i normalfallet. De menar att personal har arbetat hårt och gjort allt de kunnat för att hantera smittspridningen och ta hand om brukarna, men att det utåt framställts som att äldreomsorgen varit totalt misskött. Flera medarbetare har i normalfallet varit stolta över sitt arbete och för den omsorg som ges till brukarna på vård- och omsorgsboenden. Givet allt detta är det flera av de vi pratat med som känner en uppgivenhet och framåt kommer välja att lämna sina tjänster inom äldreomsorgen och göra något helt annat.

9.1.12. Summering slutsatser

Den svenska äldreomsorgen, liksom Stockholms stads äldreomsorg, var inte alls förberedd eller rustad för en pandemi. Varken bemanning, skyddsutrustning, lokaler, kompetens eller samverkanstrukturer mellan relevanta aktörer fanns i tillräcklig utsträckning för att hantera den uppkomna situationen.

Vi kan konstatera att äldreomsorgen har uppenbara och stora strukturella problem, vilket även beskrivs i Coronakommissionens rapport. Tillfredsställande bemanning, tillsvidareanställningar, hög personalkontinuitet, god kompetens för omsorg och hälso- och sjukvård och förutsättningar för ett nära och tydligt ledarskap ger alla bättre förutsättningar att klara kriser som en pandemi – men de är också grundläggande för en välfungerande äldreomsorg.

⁹⁸ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 255.

⁹⁹ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 250.



Denna fördjupning inom äldreomsorg är omfattande och täcker många frågor och perspektiv. I avsnitten ovan har vi redogjort för våra slutsatser från den här utvärderingen av Stockholms stads hantering av pandemin. För att summera detta lyfter vi här de knäckfrågor som vi anser särskilt viktiga och utmärkande och som till stor del återges i de rekommendationer som lämnas i nästa kapitel.

Stadens inriktning har varit tydlig på en övergripande nivå men saknat tydlig vägledning och anpassning till den operativa verksamheten inom äldreomsorgen – särskilt under inledningen av pandemin då nationella expertmyndigheter och regionerna i hög grad fokuserade på sjukhusvården och information till allmänheten. Vår bedömning är att med en mer omfattande omvärldsanalys och mer praktiska vägledningar skulle staden kunnat agerat mer proaktivt och varit tidig och tydlig i sin vägledning riktad till äldreomsorgsverksamheterna.

Stadens organisation och ansvarsprincipen under en kris har resulterat i otydligheter kring ansvar och roller för äldreförvaltningen och stadsdelsförvaltningarna. I en så omfattande kris som covid-19-pandemin är vår bedömning att situationen hade krävt etablering av en funktion som samlat stadens hantering, varit tydlig i vägledning och rekommendationer samt stöttat och säkerställt enhetlighet i utförarverksamheterna. Denna funktion skulle kunnat vara äldreförvaltningen men dess mandat, förutsättningar och roll i befintlig organisation har inte möjliggjort detta. Stadens medicinskt ansvariga sjuksköterskor har varit viktiga för att samordna hälso- och sjukvårdsfrågor. Arbetsätt inom denna professionsgrupp skiljer sig dock åt, vilket troligen har bidragit till olika stöd inom respektive stadsdelsförvaltning och till utförarverksamheterna.

Informationsflödet inom äldreomsorgen har varit enormt och tagit mycket tid i anspråk för chefer och medarbetare på olika nivåer. En samlad bild har delvis saknats kring hur information ska delas och ansvaret för detta, vilket inneburit att "all information skickats till alla".

Chefers ledarskap på olika nivåer har spelat en mycket viktig roll för att klara den omställning som verksamheterna ställts inför. För de verksamheter där det funnits ett närvarande och stödjande ledarskap är bilden att man har hanterat situationen, relativt sett, bra. Viktiga förutsättningar för enhetscheferna (första linjens chefer) är stöd från avdelningschef, stöd från biträdande enhetschefer och att chefen själv har en medicinsk bakgrund eller liknande erfarenhet.

Frånvaron bland medarbetare var hög under inledningen av pandemin vilket skapat utmaningar i bemanning i verksamheterna. Bristande bemanning har skapat utmaningar att upprätthålla såväl omsorg som hälso- och sjukvård. Staden var tydliga med att överkapacitet skulle vara det nya normala och försökte få verksamheterna att överbemanna. Detta har av olika anledningar fått begränsat genomslag i verksamheten. Bemanningen har inte heller varit tillräcklig för att kunna upprätthålla en omsorg fullt ut givet de ökade vårdbehoven bland brukare.

Bemanning och kompetens på boendena var inte heller anpassad för att kunna hantera tillräcklig vård och medicinskt baserad behandling, med en låg andel sjuksköterskor, begränsad hälso- och sjukvårdskompetens hos övriga medarbetare samt



ett begränsat läkarstöd som delvis funnits på distans. Det har varit utmanande för verksamheterna att upprätthålla en tillräckligt god hälso- och sjukvård. Denna bedömning görs trots att många intervjurespondenter framhållit att läkarstödet i stort sett har fungerat. Behovet av en högre nivå på vård och medicinsk behandling under pandemin bland flera sjuka äldre har tydligt visat på brister i kompetens bland personal och behov av mer utvecklad hälso- och sjukvårdskompetens framåt. Även brister i kunskaper om basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning ingår som en del av bristande kompetens.

Äldreomsorgens verksamheter hade i stort sett inga lager av skyddsutrustning. Den utrustning som fanns i det normala utbudet utgjorde också en liten del av det skyddsmaterial som behövdes såsom visir, särskilda munskydd och långärmade förkläden. Det rådde en global brist på skyddsutrustning och staden inrättade tidigt en central materialfunktion. Materialfunktionen har varit nyckeln till att säkra skyddsutrustning till stadens verksamheter, liksom utleveranser av skyddsutrustning till övriga kommuner i Stockholms län.

Samverkan mellan Stockholms stads vårdresurser och Region Stockholms vårdresurser har stärkts under pandemin, såväl centralt som på vård- och omsorgsboenden. Detta är en positiv utveckling men det är inte självklart att effekten består över tid. I sammanhanget har det uppmärksammats att äldreomsorgen har stora strukturella brister som behöver åtgärdas framåt när det gäller bemanning, kompetens och förutsättningar för att bedriva mer avancerad hälso- och sjukvård. Utvecklingen är redan i gång men kommer att behöva drivas på från huvudmännens sida med förnyad kraft för att hållas i och för att säkerställa en framtida utveckling av äldreomsorgen.

9.2. Äldreomsorgen ur ett systemperspektiv

En utvärdering av något så exceptionellt viktigt som hanteringen av covid-19-pandemin behöver även belysa djupare orsaker till händelseutvecklingen. Granskningar av exempelvis strategier, handlingar och uppföljningar utifrån hanteringen av krisen är en betydande del av utvärderingen. I grunden finns dock viktiga förutsättningar och strukturella utgångspunkter som är en del av de insikter som behövs för att mer uthålligt komma åt de brister som har uppkommit under krisen. En sådan viktig fråga är äldreomsorgen när den belyses ur ett systemperspektiv; utifrån uppdrag, organisering och verksamhetsmodell.

Innan dessa frågor tas upp är det viktigt att ta utgångspunkt i behoven. En viktig drivkraft till varför omställningen av vården mot en mer nära vård nu drivs runt om i landet är det förändrade sjukvårdspanoramot och ökade insikter om brister i kvalitet och resursanvändning. Patientgrupper med kroniska sjukdomar har ökat markant under de senaste 30 åren. Att andelen äldre i samhället ökar påtagligt är en viktig förklaring till denna utveckling. Med förbättrad hälso- och sjukvård ur ett medicinskt perspektiv lever också allt fler individer längre med kroniska sjukdomar och samsjuklighet. Denna snabba utveckling har inte matchats av de strukturer som hanterar de mest sjuka individerna. Centralt i sammanhanget, med ett stort ansvar för de mest sjuka individerna, finns äldreomsorgen inom kommunerna – som är beroende av en annan



huvudman för den medicinska kunskapen och stödet från främst läkare. Risken för brister med denna uppdelning har varit kända länge men blivit mer uppenbara på senare tid med den utveckling som beskrivits ovan och nu ännu tydligare under covid-19-pandemin. Coronakommissionen lyfter detta förhållande i sitt första delbetänkande om att det under en längre tid påtalats att ansvarsgränserna mellan regioner och kommuner avseende hälso- och sjukvård för med sig betydande problem inom äldreomsorgen.

Bakgrunden till nuvarande läge är ädelreformen 1992 som innebar att kommunerna övertog ansvaret för hälso- och sjukvård vid särskilda boendeformer och i kommunala dagverksamheter upp till sjuksköterskenivå. De fick befogenheter att erbjuda hälso- och sjukvård på samma sätt i ordinärt boende givet att överenskommelse träffats med regionen. Som beskrivits tidigare i denna rapport har Region Stockholm en särskild modell med läkarstödet till vård- och omsorgsboenden genom ackreditering av särskilda läkarorganisationer som ansvarar för detta stöd till boenden inom regionen (inom Stockholms stad två organisationer i huvudsak). I andra regioner i Sverige är det vanligtvis vårdcentralen, där patienten är listad, som står för läkarstödet; vilket i tätorter kan innebära att flera vårdcentraler och många olika läkare ska samverka med ett vård- och omsorgsboende. Detta innebär ofta många kontaktvägar och samverkansrelationer som försvårar samverkan. På detta sätt har Region Stockholm en modell för läkarstödet som kan minska denna samverkanskomplexitet något. Region Stockholm skiljer sig också från övriga regioner i Sverige genom att man inte har växlat över ansvaret för hemsjukvården till kommunerna. Att hemsjukvården därmed finns kvar i regionens ansvar skulle kunna möjliggöra en bättre bemanning av läkare i denna verksamhet jämfört med hur det ser ut i övriga landet där kommunal hemsjukvård inte kan anställa läkare utifrån hur överenskommelserna ser ut. För kommunerna inom Stockholmsregionen skulle detta förhållande i sin tur kunna innebära särskilt intressanta möjligheter för bättre samverkan mellan hemsjukvård och hemtjänstverksamheter, inklusive biståndsbedömningen inom kommunernas socialtjänst som har uppdrag för brukare inom ordinärt boende.

För de mest sjuka äldre som finns inom äldreomsorgen är kontinuitet i behandling och i relationer mycket viktigt för att hantera en komplex sjukdomsbild som samtidigt kan variera starkt från dag till dag. Svårigheterna med att dela vårddokumentation mellan de två huvudmännen är ett exempel på hur samverkan och kontinuitet i arbetet försvåras. Detta har lyfts fram i många utvärderingar och utredningar, exempelvis i de senaste stora statliga utredningarna *Effektiv vård* (2016) och *En god och nära vård* (2020). Frågan om läkarstödet och att kunna dela vårddokumentation mellan utförarverksamheterna är central för att uppnå kontinuitet och är en mycket aktuell fråga i hela landet där utvecklingsarbete kring nära vård pågår. Behoven av att utveckla mer teambaserade arbetssätt över huvudmannagränserna är en utvecklingsstrategi för att bemöta behoven av kontinuitet och sy ihop den primärvård som nu är uppdelad mellan regionens hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård. Med tanke på att den gemensamma målgruppen i detta sammanhang är de mest sjuka äldre så är även de specialistkompetenser och andra resurser som finns på sjukhusen



viktiga att få till en bättre samverkan med – vare sig det sker i konsultativa former eller genom särskilda mobila team.

I nu gällande avtal och överenskommelser om läkarstöd till vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad så ansvarar i huvudsak två läkarorganisationer för detta stöd till samtliga boenden, vilket är ett stort åtagande som sannolikt i slutändan inte blir många minuter i veckan per individ i varje boende. Detta minskar utrymmet för den proaktiva vården som blir ännu viktigare i tider av pandemier eller andra former av särskilda risker för mycket sköra individer. I jämförelse med andra sjukvårdsregioner så finns i Stockholmsregionen ett begränsat stöd till vård- och omsorgsboenden från exempelvis geriatriska kliniker (eller andra relevanta områden som internmedicin) som arbetar i öppna vårdformer eller genom mobila team.¹⁰⁰ En viktig strategi från Stockholm stad kan därför vara att ställa större krav på samverkansformer som innebär mer proaktiva inslag och tid för viktig kunskapsöverföring till den egna personalen för att kunna bedriva en vård och omvårdnad till de mest sjuka patienterna/brukarna inom vård- och omsorgsboenden, samt även i samspel med den hemtjänst som man bedriver i ordinärt boende. Det borde även finnas ett intresse från regionens sida för detta eftersom mobila arbetssätt från sjukhus och bättre kontinuitet i läkarrelationer väsentligen minskar inläggningar i dyr slutenvård.¹⁰¹ Får den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ett bra medicinskt stöd har ett flertal utvärderingar visat att individerna kan hanteras väl i sitt boende, med minskat behov av att förflytta patienterna till andra kliniker, mottagningar och även korttidsboende.¹⁰²

Att nå fram till bättre samverkan med det medicinska stödet, särskilt representerat genom läkarstödet, är också långsiktigt viktigt för att utveckla en mer kunskapsbaserad och vårdbaserad äldreomsorg med stöd av den kommunala hälso- och sjukvården. Detta utvecklingsbehov framstår efter pandemin som än mer tydligt och behöver genomsyra såväl den dagliga verksamheten som ledningsstrukturerna. Det är också viktigt för att, som i ett läge av en allvarlig pandemi, kunna genomföra snabba omställningar, prioritera och ta beslut på sådana sätt som är nödvändiga.

En tydligare integration är också en viktig utveckling för att påverka äldreomsorgens status, uppmärksamhet, resurstilldelning och verksamhetskultur samt för att på allvar implementera de arbetssätt och kunskaper som är viktiga för att även bemöta hälsofrämjande och proaktiva insatser – inslag som hade varit mycket viktiga för att bemöta den genomgångna pandemin mer effektivt.

¹⁰⁰ STORSTHOLM och Region Stockholm, Förutsättningar för ett "Hälso- och sjukvårdsavtal" i Stockholms län 2019 och framåt, Förstudierapport Del 1 och Del 2 (i del 2 särskilt bilaga 2 *Samverkan mellan huvudmän kring grupper med stora behov*).

¹⁰¹ Se exempelvis beräkningsexemplet Närsjukvårdsteam vid Södra Älvsborgs sjukhus, SKR november 2020.

¹⁰² Exempel på utvärderingar av detta är den tre år långa följeutvärderingen av Mobil närvård i Västra Götaland, 2016–2019.



10. Rekommendationer

Syftet med utvärderingen är att Stockholms stad ska få en god bild av hur stadens verksamhet hanterat covid-19-pandemin inom äldreomsorgen samt få underlag för lärande och utveckling. Ambitionen är att staden ska bli starkare – i vardag och i kris.

Under utvärderingens genomförande har ett lärandeperspektiv vägts in genom att löpande diskutera och fånga lärdomar och ge återkoppling kring viktiga iakttagelser, såväl under intervjuer som i workshops. Vi hoppas och tror att intervjuerna i sig har bidragit till ett lärande för de funktioner som involverats. Många har uppskattat möjligheten att själva reflektera över perioden som varit och få berätta för någon annan om situationer, upplevelser och utmaningar.

Pandemin har påverkat verksamheterna inom äldreomsorgen i hög grad. Många anhöriga, men även brukare och medarbetare har förlorat nära och kära. Många har upplevt en kris och sorg som aldrig hade kunnat förutspås. Områden som tidigare haft brister har särskilt uppmärksammats under pandemin, som exempelvis bemanning och hälso- och sjukvårdskompetens.

Trots detta har en hel del positivt skett. En snabb omställning och utveckling i verksamheterna, som man knappt kunde tro vara möjlig, har ägt rum. Samarbetet mellan enheter, funktioner, aktörer och myndigheter har stärkts. Människor som tidigare inte har mötts har tillsammans löst utmaningar för att möta en gemensam fiende i form av pandemin. Chefer och medarbetare har klivit fram på ett mycket positivt sätt, och många har gjort allt för att räcka till för uppgiften.

En utveckling av äldreomsorgen är redan igångsatt. Staden har, när denna rapport skrivs, gått ut med en rekrytering av en läkarstrateg som ska arbeta med att förbättra strukturerna för äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården. Såväl Stockholms stad som Region Stockholm har aviserat uppdrag i budget om att utveckla hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen. Regeringen har med bakgrund av Coronakommissionens delbetänkande om äldreomsorg gått vidare med att inrätta en utredning som ska föreslå en äldreomsorgslag som kompletterar Socialtjänstlagen och som ska reglera vård och omsorg till äldre.

Det gäller nu att ta vidare denna möjlighet och kraft i utvecklingen i formandet av nästa generations äldreomsorg. Nedan lämnas ett antal rekommendationer till Stockholms stad för ett fortsatt utvecklingsarbete utifrån denna utvärdering. Rekommendationerna är uppdelade efter vad som behöver hanteras av staden centralt och vad som möjligt att hantera på verksamhetsnivå. Rekommendationer till staden centralt är uppdelade efter planering inför kommande kriser och utveckling av äldreomsorgen.



10.1. Rekommendationer till staden centralt

10.1.1. Planering inför kommande kriser

Se över hur organisationen kan anpassas för att stärka central styrning och stöd

Stadens organisation med stadsdelsförvaltningar och fackförvaltningar som enligt ansvarsprincipen står ansvariga för sin respektive verksamhet innebär att varje förvaltning har hanterat pandemin inom sitt ansvarsområde. Så här i efterhand blir det uppenbart att det hade underlättat om det funnits en mer samlad funktion för såväl informationsdelning som hantering av gemensamma frågor inom äldreomsorgen. Äldreförvaltningen har tagit steg i denna riktning men också mött motstånd utifrån ansvarsprincipen. Även flera stadsdelsförvaltningar ser fördelar med ett samlat centralt stöd under en krissituation.

Förslag: Inför kommande kriser bör staden se över hur dess organisation kan anpassas i en krissituation för att användas effektivt. Den centrala styrningen och stödet behöver bli tydligare i en kris, för ökad enhetlighet, ökad resurseffektivitet och avlastning för chefer. Exempelvis skulle en alternativ organisation kunna användas under en kris, där en central funktion inrättas tillfälligt och blir mer styrande och stöttade, eller att berörd fackförvaltning får ett mer omfattande och styrande uppdrag. Inför kommande kriser bör det undvikas att varje verksamhet hanterar en fråga "på sitt sätt" – utan i stället erbjudas styrning och stöd från en central funktion att direkt agera på.

Se över hur informationsflödet kan tydliggöras och underlättas

Informationsflödet har varit omfattande. Beslut, riktlinjer, rutiner och rekommendationer har skickats med hög frekvens i olika kanaler. Informationsmöten har genomförts kontinuerligt i olika möteskonstellationer. Detta har varit bra, många har informerats och hållits delaktiga, men det hade kunnat hanteras mer effektivt och strukturerat för att förenkla och skapa tydlighet.

Förslag: Inför kommande kriser krävs en intern kommunikationsplan som tydliggör ansvar och roller i informationsdelningen, liksom vilka möteskonstellationer som är centrala för delning av information. Syftet är att informationen, i form av beslut, riktlinjer och rekommendationer ska delas resurseffektivt och med rätt nivå av delaktighet. Staden bör därför arbeta för att förbereda en sådan kommunikationsplan inför kommande krissituationer.

Se över hur en central krisledning kan stärkas med avseende på analys

För att kunna agera snabbt och hela tiden ha örat mot rälsen i en eskalerande situation som covid-19-pandemin behövs en väl sammansatt analysfunktion som kontinuerligt följer utvecklingen och analyserar behov. Under pandemin har verksamheterna efterfrågat snabbare beslut och mer proaktivt agerande för att inte hamna i lägen där de själva behöver stå till ansvar för lokala beslut och anpassningar på sin nivå.



Förslag: Inför kommande kriser behöver staden säkerställa en tillräckligt utbyggd analysfunktion inom CKL med särskild expertis som kontinuerligt följer samhällsutvecklingen och samtidigt fångar upp verksamheternas behov, och utifrån detta bidrar med underlag till snabba beslut som kan tydliggöra och underlätta för verksamheterna.

Se över hur en central krisledning kan stärkas med avseende på expertkompetens och ett nära samarbete med berörd fackförvaltning

Pandemin har ställt höga krav på äldreomsorgen och särskilt den kommunala hälso- och sjukvården. Utvärderingen visar att hälso- och sjukvårdskompetens och kunskap om äldreomsorgssystemet hade behövt vara mer tillgängligt i samband med strategiska beslut och avvägningar.

Förslag: Inför kommande kriser bör CKL stärkas med aktuell expertkompetens, i detta fall hälso- och sjukvårdskompetens och god erfarenhet om äldreomsorg. Vidare bör det ses över hur CKL kan arbeta närmre aktuell fackförvaltning, i detta fall äldreförvaltningen, för att säkerställa en strategisk hantering av gemensamma behov och snabb återkoppling gällande beslut. Det är också viktigt att CKL i än högre grad fångar upp iakttagelser, återkoppling och behov från utförarverksamheterna.

Planera för ett tillräckligt lager av skyddsutrustning

Under inledningen av pandemin stod äldreomsorgen utan lager av skyddsutrustning. Verksamheterna var helt oförberedda och såväl tillgång som kunskap om användning av skyddsutrustning var bristfällig. En lärdom är därmed att framåt planera för en bättre lagerhållning av skyddsutrustning i utförarverksamheterna. Kommande kriser av annan karaktär kan dock innebära andra typer av lager vilket innebär att det vore klokt med en översyn för att identifiera andra behov. Detta är även ett förslag riktad direkt till utförarverksamheterna och inbegriper även en höjning av nivån kring skyddsutrustning i form av kunskap och tillgång även under normala förhållanden.

Förslag: Staden bör se över och planera för ett tillräckligt lager av skyddsutrustning inför kommande kriser och liknande pandemier.

Säkerställ att bemanningen prioriteras i verksamheterna, med tydlighet och uppföljning

Tillräcklig och god bemanning i utförarverksamheterna har varit en central fråga under pandemin. Frånvaron har periodvis varit hög på grund av sjukdom, vård av barn samt oro och rädsla. Staden centralt har varit proaktiva genom inrättning av en central bemanningsfunktion och direktiv till verksamheterna om att överbemanna.

Utförarverksamheterna har i hög grad skött sin rekrytering själva, med stöd av HR-funktioner på stadsdelsförvaltningen. Verksamheterna har visstidsanställt timvikarier, rekryterat ny personal, och i vissa fall tagit in personal från bemanningsföretag, det har dock inte gjorts någon överbemanning generellt i verksamheterna.

Förslag: Inför kommande kriser är det viktigt att säkerställa och följa upp att bemanningsfrågan prioriteras inom verksamheterna. Direktiv kring överbemanning och principer för hur det hanteras ekonomiskt i efterhand behöver vara än mer tydliga.



Även stöd från centralt håll kring introduktion av nya medarbetare bör ses över då det skulle underlätta för utförarverksamheterna givet att introduktion tar mycket tid i anspråk.

Vid etablering av nya funktioner, säkerställ ett tydligt uppdrag och rätt resurser

Med anledning av bristen på skyddsutrustning under våren 2020 etablerade staden en central materialfunktion för att säkerställa tillgång till skyddsutrustning. Funktionen etablerades snabbt och trots ett mycket utmanande uppdrag lyckades funktionen inom relativt kort tid säkerställa tillgång till skyddsutrustning till äldreomsorgen inom Stockholms stad. En viktig lärdom från etableringen av materialfunktionen är förmågan att sammanföra personer med rätt kompetens och erfarenhet som på kort tid kan identifiera och lösa kritiska frågeställningar kopplat till det uppdraget. Funktionens tydliga uppdrag har också underlättat funktionens arbete.

Förslag: Vid behov av etablering av nya funktioner framgent bör uppdraget vara tydligt formulerat och ett tydligt behov föreligga med utgångspunkt i verksamheterna. Resurser med rätt kompetens ska tilldelas uppdraget, gärna personer som redan har en etablerad relation och med stort förtroende för varandras kompetens och erfarenhet. Utifrån lärdomar av materialfunktionen är det centralt att tidigt i arbetet identifiera välfungerande kommunikationskanaler. Både för att snabbt kunna nå ut med information till berörda funktioner/verksamheter och för att få återkoppling och samla förslag för att kontinuerligt förbättra verksamheten.

10.1.2. Utveckling av äldreomsorgen

Stärk bemanningen på boendena med avseende på hälso- och sjukvårdskompetens och omvårdnad

Behovet av vård och medicinsk behandling som ges till brukare inom vård- och omsorgsboenden har ökat under pandemin och kommer även framåt att öka givet en allt äldre befolkning. Det innebär att medarbetarnas hälso- och sjukvårdskompetens behöver stärkas och omfattas av fler anställda med denna kompetens. Balansen mellan hälso- och sjukvårdsutbildad personal, undersköterskor och vårdbiträden behöver ses över i syfte att ge personal med hälso- och sjukvårdskompetens större utrymme. Detta skulle innebära ökade personalkostnader och är därmed ett förslag som riktas såväl till staden centralt som till utförarverksamheterna.

Förslag: Staden bör framåt säkerställa att äldreomsorgen stärks med avseende på hälso- och sjukvårdskompetens och omvårdnad. Det skulle kunna göras genom att anställa en högre andel sjuksköterskor och undersköterskor (med god utbildning) på vård- och omsorgsboenden, och utveckla en ökad integration med Region Stockholm (se separat förslag).

Utöka sjuksköterskebemanningen på kvällar och helger, eventuellt även nätter

Utmaningen att säkerställa god vård till äldre dygnet runt har särskilt uppmärksammats i utvärderingen. De allra flesta vård- och omsorgsboenden har endast sjuksköterskebemanning dagtid. På kvällar, nätter och helger täcks sjuksköterskebehovet av



joursjuksköterskor/bemanningspatruller. Under pandemin har det visat sig att bristen på sjuksköterskor har påverkat möjligheten att kunna ge brukare behandling utifrån läkares ordination.

Förslag: Staden bör se över och utöka sjuksköterskebemanning på större vård- och omsorgsboenden på kvällar och helger, och eventuellt även nätter, för att säkerställa att vård och medicinsk behandling kan ges dygnet runt.

Se över enhetscheferns roll med avseende på hälso- och sjukvårdskompetens, ledningsgruppsstöd och antal underställda medarbetare

Av utvärderingen framkommer att enhetschefer på boenden som har en medicinsk bakgrund har haft bättre förutsättningar för att leda verksamheten under pandemin, då de stått trygga i sin kunskap och förståelse kring medicinska behov. Det har vidare visat sig viktigt att enhetschefen har en nära ledningsgrupp med biträdande chefer eller andra stödjande funktioner på boendet för såväl fördelning av ansvar, avdömning av beslut och avlastning. Detta skiljer sig åt mellan boenden idag, delvis beroende på boendenas storlek/antal platser. Det har också visat sig att antal medarbetare per chefer ser olika ut vilket framåt skulle kunna ses över för att hitta en optimal fördelning.

Förslag: Staden bör se över enhetscheferns roll på vård- och omsorgsboenden. Med fördel kan krav på hälso- och sjukvårdsbakgrund ställas. Vidare bör det ses över vilken ledningsgrupp som är optimal på ett boende för att leda verksamhetens olika områden och hur medarbetaransvaret kan fördelas mellan enhetschefer. Ledningsgruppen bör samlas ha en god hälso- och sjukvårdskompetens.

Se över innehållet i stadens undersköterskeutbildning

Det har konstaterats att det funnits brister i omsorgspersonalens hälso- och sjukvårdskompetens och vana av att hantera smittsamma sjukdomar. Brister i undersköterskeutbildningen har uppmärksammats när det gäller basala hygienrutiner samt kunskap och hantering av smitta. Detta är såväl en nationell fråga som en fråga kopplat till Stockholm stads undersköterskeutbildning.

Förslag: Staden bör se över sin undersköterskeutbildning och säkerställa att den möter de behov av kompetenser som är särskilt viktiga inom äldreomsorgen, och som uppmärksammats under pågående pandemi.

Se över de medicinskt ansvariga sjuksköterskornas funktion så att de används utifrån behov och mer enhetligt över staden

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna har haft en central roll under pandemin och stöttat stadsdelsförvaltningens ledning såväl som utförarverksamheterna på olika sätt. Synen på de medicinskt ansvariga sjuksköterskornas roll, arbetsuppgifter, arbetsätt och ansvar skiljer sig dock åt mellan stadsdelsförvaltningarna, vilket i sig kan ha påverkat hanteringen av krisen i respektive stadsdelsförvaltning.

Förslag: Staden bör utveckla och tydliggöra de medicinskt ansvariga sjuksköterskornas funktion och roll så att den används effektivt utifrån behov och på ett mer enhetligt sätt över stadsdelsförvaltningar. Deras interna samverkan skulle behöva stärkas genom ett



nära samarbete och en tydlig och strukturerad ledning av en chefs-sjuksköterska eller liknande, exempelvis inom äldreförvaltningen. Detta kan ses som en del i det uppdrag som lämnats i budgeten för 2021 till äldrenämnden om att utreda hur stadens hälso- och sjukvårdsorganisation kan stärkas i syfte att säkerställa likställighet och tillgång till likvärdig vård och omsorg.

Omhänderta det goda ledarskapet och säkerställ fortsatt utveckling av ledarskapet

Ledarskapet har spelat en viktig roll under pandemin. Det har varit viktigt för att skapa ett lugn bland medarbetarna samt för att skapa en tydlighet kring nya arbetsätt och rutiner. Många enhetschefer har klivit fram och i högre grad utövat ett nära ledarskap genom att vara fysiskt närvarande och visa på mod och lugn i kaotiska situationer med mycket oro och osäkerhet. Det finns också de chefer som själva blivit stressade eller oroliga och inte mäktat med att agera de goda ledare som de hade behövt vara.

Förslag: Staden bör omhänderta det goda ledarskap som finns och säkerställa fortsatt utveckling av ledarskapet inom äldreomsorgen. Det kan till exempel handla om introduktionsutbildningar för nya chefer – vad det handlar om att vara chef inom äldreomsorgen i staden. Det skulle också kunna handla om allmänna ledarutvecklingsprogram för att höja ledarskapsförmågan och förmågan att arbeta med omställning och förändring.

Arbeta för ett utvecklat upplägg av integrationen mellan Stockholms stads vårdresurser och Region Stockholms vårdresurser

Samverkan mellan staden och läkarstödet från Region Stockholm har stärkts under pandemin, såväl lokalt på boendena som centralt där äldreförvaltningen har haft en samordnande roll. Samtidigt har de utmaningar som två olika huvudmän för med sig tydliggjorts i pandemin. Ett stort antal sjuka och sköra individer finns inom äldreomsorgen, och denna grupp av kroniskt multisjuka ökar snabbt i Stockholm. Den vård och medicinska behandling som ges till brukare på boendena har ökat under pandemin med gemensam ansträngning från medarbetare, främst sjuksköterskor, och regionens läkarstöd.

Förslag: Staden bör, tillsammans med Region Stockholm, verka för ett utvecklat upplägg av integration mellan Stockholms stads vårdresurser och Region Stockholms vårdresurser inom vård- och omsorgsboenden. Staden bör inta en ännu mer drivande roll i denna fråga och komma med egna förslag som är bättre för verksamheterna gemensamt och som kan flytta fram positionerna i denna strategiska diskussion. Detta innebär att ställa krav på strukturer och upparbetade kanaler som säkerställer en operationell samordning mellan region och kommun och där god kontinuitet i läkarstödet är mycket viktigt. Detta bör ses som ett prioriterat utvecklingsarbete för staden i samarbete med Region Stockholm inom kommande år. Det kan innebära att nuvarande samverkansmodell ses över, att tillräckligt med läkartid per patient kan säkerställas samt hur andra proaktiva stöd via geriatriska kliniker och mobila team kan utvecklas för att stödja äldreomsorgsverksamheterna.

Se över hur framtidens boenden kan formas för att möta ett högre vårdbehov



Vård- och omsorgsboenden är brukares ordinarie hem. Under perioder med hög smitta under pandemin har det uppstått utmaningar kopplat till boendenas lokaler som är långt ifrån utrustade som sjukhus. Tillräckligt med medicinsk utrustning har inte funnits. De brukare som bor på boendena är ofta gamla, svaga och multisjuka. Trots det saknas utrustning och rätt förutsättningar för att kunna ge mer avancerad vård och medicinsk behandling, liksom förutsättningar för att upprätthålla basala hygienrutiner och begränsa en smittspridning. Oavsett pandemi eller ej är det därför relevant att framåt utreda och se över hur lokalerna är utrustade och hur de snabbt kan ställas om för att hantera mer vårdkrävande situationer.

Förslag: Staden bör se över om det finns möjligheter att tänka nytt kring framtida planering och byggnation liksom ombyggnation av vård- och omsorgsboenden. Boendena bör framåt utrustas med medicinsk utrustning och smidiga lösningar för att möta ett högre vårdbehov och bättre förutsättningar för vårdhygien.

10.2. Rekommendationer till utförarverksamheterna

Nedan följer ett antal rekommendationer till utförarverksamheterna, både vård- och omsorgsboende och hemtjänstverksamhet. Några av dessa anges även under 9.1 Rekommendationer till staden centralt, eftersom förslagen även innebär behov av centrala beslut och budgetfrågor.

Fortsätt att kontinuerligt följa upp och säkerställa kunskaper om basala hygienrutiner

Det har visat sig finnas brister i medarbetarnas kunskaper om basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning, inom såväl vård- och omsorgsboende som hemtjänstverksamhet. Detta har på olika sätt stärkts under pågående pandemi med strukturerade utbildningar och stöd från chefer och kollegor. Av uppföljningar har det även framkommit brister i användning av arbetskläder inom hemtjänst vilket framåt behöver säkerställas.

Förslag: Framåt kommer det vara viktigt att kontinuerligt följa upp och säkerställa kunskaper om basala hygienrutiner, även i tider utan pandemier. Det bör ingå i verksamheternas egenkontroll och vägas in löpande i samband med arbetsplatsträffar eller liknande. Det är viktigt att verksamhetsledningen är drivande och att chefer och medarbetare aktivt deltar i detta arbete.

Ta vidare arbetet med kontinuerliga avstämningar som utvecklats inom hemtjänsten

Inom hemtjänsten arbetar medarbetare i hög grad själva under hemtjänstbesöken hos brukare. Under pandemin har enhetschefer inom hemtjänsten arbetat mer aktivt med morgonmöten, genomgångar och avstämningar på hemtjänstkontoren i mindre grupper för att säkerställa att medarbetarna vet vad som gäller, kan ställa frågor och diskutera utmaningar.

Förslag: Hemtjänstverksamheterna bör ta vidare det arbete som inletts med tätare avstämningar och stöd till medarbetare vid genomgångar på hemtjänstkontoren. Med ett mer strukturerat arbetssätt och kontinuerlig information och stöd, som många gånger har getts under pandemin, stärks förutsättningarna för ökad kvalitet i



hemtjänstinsatserna. Medarbetare ges möjlighet att ställa frågor, skapa samsyn och chefer ges möjlighet att stödja och inte minst följa upp användning av arbetskläder och så vidare.

Planera för ett tillräckligt lager av skyddsutrustning

Skyddsutrustning var under inledningen av pandemin en stor brist. Äldreomsorgen hade inte några lager av den utrustning som kom att behövas. Framåt kommer det bli en viktig uppgift att såväl nationellt som regionalt säkerställa goda lager av skyddsutrustning för kommande kriser (även ett förslag till staden centralt). Tillgång till skyddsutrustning, och ökad medvetenhet och kunskaper att hantera den, kan vara nog så viktigt för äldreomsorgen även under normala förhållanden.

Förslag: Äldreomsorgens utförarverksamheter, såväl boenden som hemtjänst, bör säkerställa att det finns bättre lager av skyddsutrustning för eventuellt kommande kriser med smittsamma sjukdomar. Därtill rekommenderas en allmän höjning av nivån kring skyddsutrustning i form av kunskap och tillgång även under normala förhållanden, för att hantera sjuka och sköra som blir utsatta för olika former av smitta.

Stärk bemanningen på boenden med avseende på hälso- och sjukvårdskompetens och omvårdnad

Det har visat sig att nivån på hälso- och sjukvårdskompetens och erfarenhet inom äldreomsorgens verksamheter har varit för låg och något bristfällig för att hantera en pandemi. Balansen mellan hälso- och sjukvårdsutbildad personal, undersköterskor och vårdbiträden behöver ses över i syfte att ge personal med hälso- och sjukvårdskompetens större utrymme. Detta hänger naturligtvis samman med ökade personalkostnader (därför även ett förslag till staden centralt).

Förslag: Stadens utförarverksamheter bör stärka sin bemanning med en ökad andel sjuksköterskor samt undersköterskor med relevant utbildning och erfarenhet. Det behövs en allmän kompetensökning i flera verksamheter.

Utöka sjuksköterskebemanningen på kvällar och helger, eventuellt även nätter

De allra flesta vård- och omsorgsboenden har endast sjuksköterskebemanning dagtid. På kvällar, nätter och helger täcks sjuksköterskebehovet av joursjuksköterskor/bemanningspatruller. Under pandemin har det visat sig vara en utmaning att kunna ge medicinsk behandling dygnet runt. Detta hänger naturligtvis samman med ökade personalkostnader (därför även ett förslag till staden centralt).

Förslag: Verksamheterna bör utöka sjuksköterskebemanning på större vård- och omsorgsboenden på kvällar och helger, och eventuellt även nätter, för att säkerställa att vård och medicinsk behandling kan ges dygnet runt.

Utveckla den samverkan som stärkts mellan sjuksköterskor och läkare, i syfte att utveckla den vård som ges till brukare

Av utvärderingen framkommer att samarbetet mellan ansvarig sjuksköterska på vård- och omsorgsboenden och ansvarig läkare har utvecklats under pandemin. Givet de



utmaningar som finns då två huvudmän på olika sätt är ansvariga kring vården till brukarna behövs en god samverkan och dialog dem emellan.

Förslag: Vård- och omsorgsboendena i staden bör ta tillfället i akt och spinna vidare på den samverkan som stärkts mellan sjuksköterskor och läkare under pandemin. I dialog med läkarorganisationerna bör boendena arbeta för att utveckla arbetssätt som bidrar till att utveckla den vård som ges till brukare. Detta förslag ska ses i samklang med förslaget om att utveckla integrationen mellan stadens och Region Stockholms vårdresurser.

Se över information och dialog med anhöriga för att bidra till ökad delaktighet

Det har framkommit att det funnits brister i vård- och omsorgsboendenas kommunikation till anhöriga kring hanteringen av pandemin och information om brukares hälsa och välmående (som inte fås på samma sätt under ett besöksförbud). Det skiljer sig åt mellan boendena kring vilken typ av information som har getts ut under pandemin. Anhöriga efterfrågar mer kontinuerlig information om brukares hälsa, särskilt under perioder med besöksförbud. Det finns informationstjänster som omsorgsdagboken rörande brukare och exempelvis slutna Facebook-grupper rörande boendet – vetskapen om dessa verkar dock skilja sig åt.

Förslag: Vård- och omsorgsboenden bör se över, och i vissa fall utveckla, sin information och kommunikation till anhöriga för att bidra till ökad delaktighet. Detta är särskilt viktigt under en pandemi med besöksförbud men även under normala förhållanden.

Inför eventuella besöksförbud, se över individuella anpassningar och säkerställ att anhöriga hålls informerade och delaktiga

Besöksstopp och besöksförbud på vård- och omsorgsboenden har påverkat brukarna negativt och i några fall med följder som oro, ångest och nedstämdhet. Individuella lösningar och anpassningar borde ha övervägts i större utsträckning liksom information till närstående om vad som gäller under besöksförbuden.

Förslag: Inför kommande kriser, eller andra behov där besöksstopp eller besöksförbud inrättas, bör vård- och omsorgsboenden vara tydligare i kommunikationen till anhöriga kring vad som gäller och aktivt arbeta för att hålla anhöriga delaktiga. Vidare bör verksamheterna se över hur individuella lösningar och anpassningar kan göras för att möta brukares behov i större utsträckning.

Tillvarata nya arbetssätt som utvecklats under pandemin och utveckla de delar som fungerat bra

Nya arbetssätt har introducerats i utförarverksamheterna under pågående pandemi. Allt från säkra besök på vård- och omsorgsboendena, till nya arbetsformer för kohortvård på boendena, förstärkningsteam inom hemtjänsten och digitala mötesformer. Många lärdomar kan dras av vad som fungerat bra och vad som fungerat mindre bra.

Förslag: Utförarverksamheterna bör ta vara på de nya arbetssätt som utvecklats under pandemin och ta vidare de delar som fungerat bra. Omställningen som pandemin



inneburit bör utnyttjas till att våga prova nytt och samtidigt säkra det som fungerar. Exempelvis skulle verksamheterna i högre grad kunna utnyttja digital teknik för kontinuerlig information och återkoppling. Detta skulle exempelvis kunna vara ett breddinförande av smarta telefoner och surfplattor till såväl medarbetare som brukare. Andra exempel är nya funktioner som hygienombud som etablerats för att stötta kring basala hygienrutiner i verksamheterna.



Bilaga 1 – Exempel på intervjuguide, enhetschef vård- och omsorgsboende

Inledning

- ✦ Kort presentation av uppdraget
- ✦ Presentation av Governo/intervjuande konsult
- ✦ Presentation av intervjupersonen, funktion och bakgrund
- ✦ Hur har situationen sett ut på ditt vård- och omsorgsboende under pandemin?

Inriktning och styrning

- ✦ Har det varit tydligt för dig som chef att förstå och följa stadens inriktning för hantering av covid-19-pandemin inom äldreomsorg?
- ✦ Hur har du fått information från stadsdelsförvaltningen kring vilka riktlinjer, rutiner, beslut som gäller (riktlinjer och beslut från nationella myndigheter, Region Stockholm och Stockholms stad)?
 - Vem har varit avsändare?
 - Har det varit lätt att ta till sig informationen? Har det funnits utmaningar? Beskriv gärna.
- ✦ Hur har du som enhetschef stöttat medarbetare i att förstå och omsätta riktlinjer och rutiner samt användning av skyddsutrustning?
- ✦ Har du fått stöd av er medicinskt ansvarig sjuksköterska i detta arbete (eller av annan funktion)? Upplever du att följsamhet till riktlinjer om basala hygienrutiner och skyddsutrustning har följts? Skulle man kunna uppnå bättre följsamhet genom att arbeta på andra sätt?

Kommunikation

- ✦ Hur har dialogen mellan dig och avdelningschefen för äldreomsorg samt medicinskt ansvarig sjuksköterska sett ut och fungerat?
 - Har du fått det stöd ni önskat centralt från stadsdelsförvaltningen? Ge gärna exempel. Utmaningar eller framgångsfaktorer?
- ✦ Har du haft direkt dialog med äldreförvaltningen? Kring vad och hur har det i så fall fungerat?
- ✦ Har du haft dialog och bytt erfarenhet med andra vård- och omsorgsboenden? På vilket sätt?



Uppföljning

- ✦ Hur har du som enhetschef följt upp verksamheten under pandemin? Har uppföljningen under pandemin skilt sig åt från den uppföljning som sker under normala omständigheter? I så fall, på vilket sätt?
- ✦ På vilket sätt har ni följt smittspridningen inom verksamheten? Vilken information har dokumenterats och rapporterats vidare och till vem?

Organisation och ledarskap

- ✦ Vilka förutsättningar har man haft som enhetschef? Har du varit väl rustad för krishantering? Har du fått det stöd du behövt?
- ✦ Vad har karaktäriserat ditt ledarskap under krisen? Hur har det yttrat sig och hur har det skilts sig mot ordinarie verksamhet?
- ✦ Hur har din arbetssituation varit? Har du haft en biträdande chef som du blivit avlastad av?
- ✦ Hur har arbetssituationen sett ut för dina medarbetare? Har de haft möjlighet att utföra sitt arbete på ett säkert sätt och känt sig trygga?
 - Hur har du som chef arbetat med att motivera medarbetarna under krisen?
- ✦ Upplever du att medarbetare har tagit det ansvar och ägarskap i krishanteringen som förväntats?

Verksamheten på vård- och omsorgsboenden

- ✦ Hur har den dagliga verksamheten fungerat parallellt med hanteringen av pandemin? Har man kunnat upprätthålla ordinarie verksamhet?
- ✦ Har uppställda krav på vård och omsorg kunnat uppnås under pandemin? Beskriv gärna.
- ✦ Har det varit aktuellt att inrätta kohortvård? Hur har det fungerat?
- ✦ Har ni haft tillräckligt med personal/rätt kompetens för att hantera pandemin?
 - Hur har ni hanterat bemanning och rekrytering? Har ni anställd extra personal under pandemin?
 - Har ni tagit hjälp av stadsdelsförvaltningen i rekryteringen eller stadens centrala bemanningsfunktion? Reflektioner kring den?
 - Har anställningsvillkor följts och fungerat?
 - Hur har ni som arbetsgivare hanterat stress och eventuellt stressreducerande åtgärder?
- ✦ Kan du beskriva samverkan med er läkarorganisation under pandemin, hur har den fungerat?
 - Har ni fått det stöd av läkarorganisationen som behövts?
 - Har er läkare gjort fysiska eller digitala besök?
 - Har det funnits utmaningar?



- ✦ Kan du beskriva den samverkan ni haft med Smittskydd Stockholm, Vårdhygien och eventuellt sjukhus (då brukare eventuellt behövt sjukhusvård)?
- ✦ Hur har provtagning av personal hanterats, när och hur startade dessa och hur frekventa var de?
- ✦ Kan du beskriva hur du upplever att materialfrågan hanterats?
 - Hur såg situationen ut i mars-april?
 - Har ni rätt och tillräckligt med skyddsutrustning idag?
 - Vad är dina reflektioner kring hur den centrala materialfunktionen fungerat? Vad har fungerat bra och vad har fungerat mindre bra?
 - Har man följt och förstått riktlinjer och rutiner kring användning av skyddsutrustning?
- ✦ Kan du se att ni kommit igång med nya arbetssätt i verksamheterna med anledning av pandemin? Ge gärna exempel.
- ✦ Finns det andra utmaningar kopplat till den dagliga verksamheten som du vill lyfta fram eller som du tror vi bör kika närmare på?

Målgruppen och patientperspektivet

- ✦ Vad är brukarnas, inklusive de närståendes, perspektiv på hanteringen under pandemin? Har ni haft möjlighet att fånga detta på något sätt?
- ✦ Har brukare och närstående getts information och gjorts delaktiga vad gäller vård och behandling vid misstänkt eller konstaterad smitta?
- ✦ Har chefer och medarbetare haft förutsättningar för att kunna bemöta och hantera brukarna och närstående på det sätt som varit nödvändigt?

Avslutning

- ✦ Är det något mer du vill tillägga? Något du tänker att vi missat att fråga om?
- ✦ Möjlighet att återkomma med kompletterande frågor?
- ✦ Tack för din tid!



Bilaga 2 – Ordlista

I rapporten används ett antal förkortningar och begrepp som här förtydligas.

APT – arbetsplatsträffar

ASiH – avancerad sjukvård i hemmet

Basal hygien – handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder

Brukare – äldre som bor på vård- och omsorgsboende eller brukar hemtjänstinsatser

CKL – centrala krisledningen

Egen regi – utförarverksamheter som drivs i kommunal regi

Enhetschef – chef för vård- och omsorgsboende eller hemtjänstutförare

Entreprenad – utförarverksamhet som drivs på uppdrag av kommunen under en bestämd tidsperiod genom en upphandling

HSL – hälso- och sjukvårdslagen

KLN – krisledningsnämnden

MAS – medicinskt ansvarig sjuksköterska

Närstående – anhörig till äldre som bor på vård- och omsorgsboende eller brukar hemtjänstinsatser

PAS – personalstrategiska avdelningen på SLK

Skyddsutrustning – delas upp i **skyddskläder** (används utanpå arbetskläderna vid vård- och omsorgsmoment risk finns för att arbetskläderna smutsas ner genom direktkontakt med en person, exempelvis: plastförkläde, skyddsrock och skyddshandskar) och **personlig skyddsutrustning** (utrustning personal har på sig för sin egen säkerhet, exempelvis: skyddsglasögon, visir, munskydd och andningsskydd)

SoL – Socialtjänstlagen

Staden – används för Stockholms stad för att variera texten

Staden centralt – avser ledande funktioner på SLK, CKL, äldreförvaltningen som fattar beslut och ger ut riktlinjer till utförarverksamheterna

Särskilda boenden – olika former av vård- och omsorgsboenden och servicehus

S4 – Stabsfunktion Logistik och resurser inom CKL

Utförarverksamhet – används för vård- och omsorgsboenden och hemtjänst

Vård- och omsorgsboende (VoB) – vård och omsorgsboende med inriktning somatisk vård, demens eller särskild profilinriktning



Bilaga 3 – Dokument och referenser

Folkhälsomyndigheten, 2020. Folkhälsomyndighetens åiterrapportering av regeringsuppdrag: Analys av det tillfälliga förbudet mot besök i särskilda boendeformen för äldre, 2020-09-15.

Folkhälsomyndigheten, 2020. Rekommendationer vid besök i särskilda boenden för äldre. Artikel 20146-1.

Försvarshögskolan, 2020. Stabsutvärdering – Stockholms stads centrala krislednings (CKL) hantering av covid-19 under den initiala fasen, 4 februari – 1 september 2020. Sida 31, 36–37.

Folkhälsomyndigheten, 2021. Provtagning för covid-19 inom kommunal vård och omsorg för äldre, version 5, 2021-02-26.

Inspektionen för vård och omsorg, 2020. Beslut Region Stockholm 2020-11-24. Dnr: 3.5.1-21972/2020-17.

Inspektionen för vård och omsorg, 2020. Beslut för privata vårdgivare om vård och behandling vid covid på särskilda boenden för äldre. Publicerad 2020-12-09.
<https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/2020/beslut-for-privata-vardgivare-om-var-d-och-behandling-vid-covid-pa-sarskilda-boenden-for-aldre/> [hämtad 2021-05-19].

Inspektionen för vård och omsorg, 2021. Beslut och material från tillsynen.
<https://www.ivo.se/tillsyn/tillsyn-aldreomsorgen-covid-pandemin/tillsyn-av-medicinsk-var-d-och-behandling/beslut-och-material-fran-tillsynen/> [hämtad 2021-05-11].

Inspektionen för vård och omsorg, 2021. Förutsättningar för god vård och behandling på SÄBO saknas och leder till brister. Publicerad 2021-02-02.
<https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/2021/forutsattningar-for-god-var-d-och-behandling-pa-sabo-saknas-och-leder-till-brister/> [hämtad 2021-05-10].

KPMG rapport, 2021. Region Stockholms hantering av covid-19. Sida 357, 362.

Närsjukvårdsteam vid Södra Älvsborgs sjukhus, SKR november 2020
https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f74ad10/1615451189559/Narsjukvardsteam_exempel_kostnader.pdf

Mobil närvård i Västra Götaland - Följeutvärdering, 2016–2019
<https://www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardsamverkan/skaraborg/Sa-mverkansomraden/aldre/mobil-narvard/>

STORSTHLM och Region Stockholm, 2018, Förutsättningar för ett "Hälsa- och sjukvårdsavtal" i Stockholms län 2019 och framåt, Förstudierapport Del 1 och Del 2. Del 1 Förstudierapport Förutsättningar för ett hälsa- och sjukvårdsavtal i Stockholms län 2019 och framåt.pdf (storsthlm.se) , Del 2 Bilagor 1-9 Förutsättningar för ett hälsa- och sjukvårdsavtal i Stockholms län 2019.pdf (storsthlm.se)



- Region Stockholm Janusinfo, 2020. Snabba fakta om skattning av skörhet. Senast uppdaterad 2020-04-29.
<https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlatanden/aldreshalsa/aldreshalsa/snabbafaktaomskattningavskorhet.5.9f4c46d171ac1e49a53b47f.html> [hämtad 2021-04-14].
- Region Stockholm, 2020. Kartläggning av Covid-19 på SÄBO i Stockholms län. Publicerad 2020-05-04. <https://www.sll.se/nyheter-stockholms-lans-landsting/2020/05/kunskaper-fran-enkat-ska-minska-smittspridning-pa-aldreboenden/> [hämtad 2021-03-29].
- Region Stockholm, 2020. Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040 Tredje delrapporten: Vårdens struktur. Sida 38–39.
- Region Stockholm, 2020. Personal ska alltid använda visir och munskydd. Publicerad 2020-12-14. <https://vardgivarguiden.se/nyheter/2020/december/personal-ska-alltid-anvanda-visir-och-munskydd/> [hämtad 2021-03-30].
- Region Stockholm, 2020. Styrande regelverk för patientflöden, Beslut 2020-05-22.
- Region Stockholm, 2020. Tilläggsuppdrag för vårdval avancerad sjukvård i hemmet med anledning av covid-19.
- Region Stockholm, 2021. Riktlinjer för covid-19 inom Särskilt boende för äldre (SÄBO). Senast uppdaterad 2021-05-05.
<https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/smittskydd/covid-19/riktlinje-for-covid-19-inom-sabo.pdf> [hämtad 2021-05-19].
- Region Stockholm, 2021. Regionala rekommendationer Region Stockholm. Beslut om rekommendation för personer som bor och vistas i Region Stockholm. Publicerad 2021-02-23. <https://www.sll.se/globalassets/bilagor-till-nyheter/2021/regionala-rekommendationer-stockholm-2021-02-23.pdf> [hämtad 2021-04-16].
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2020:751. Förordning (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra smittspridningen av covid-19.
- SKR, 2020. Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Publicerad 2020-10-08.
- Socialdepartementet, 2020. Staten och SKR överens om snabbtester. Publicerad 2020-12-17. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/12/staten-och-skr-overens-om-snabbtester/> [hämtad 2021-03-15].
- Socialstyrelsen, 2019. Socialstyrelsens enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Publicerad 2019-10-17.
- Socialstyrelsen, 2020. Arbetssätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19, Dnr 4.3–13193/2020. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint->



dokument/dokument-webb/ovrigt/arbetssatt-i-kommunal-halso-och-sjukvard-vid-covid-19.pdf [hämtad 2021-05-06].

Socialstyrelsen, 2020. Ordna för säkra besök på äldreboenden – checklista med reflektionsfrågor. Artikelnummer 2020-9-6932.

Socialstyrelsen, 2020. Till dig som arbetar inom vård och omsorg – covid-19. Hindra smittspridning och användna skyddsutrustning. Publicerad 2020-07-28 (senast uppdaterad 2020-11-23).

Socialstyrelsen, 2021. Avlidna i covid-19. Publicerad 2020-04-27 (senast uppdaterad 2021-05-19). <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-over-antal-avlidna-i-covid-19/> [hämtad 2021-05-25].

SOSFS 2015:10 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg.

SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin: delbetänkande av Coronakommissionen. Sida 106, 149–150, 156, 216, 242, 245–247, 250, 253–255, 260–261, 265, 267, 269, 273.

Stockholms stad, 2019. Olika former av äldreomsorg. Senast uppdaterad 2019-03-06. <https://aldreomsorg.stockholm/olika-former-av-aldreomsorg/> [hämtad 2021-03-25].

Stockholms stad, 2019. Stockholms stads säkerhetsprogram 2020–2023. Dnr KS 2019/1543.

Stockholms stad, 2020–21. Övergripande lägesbilder med anledning av covid-19, mars 2020-februari 2021.

Stockholms stad, 2020. Nämndernas Tertialrapport Tertial 2.

Stockholms stad, 2020. Äldreomsorgens värdegrund. Senast uppdaterad 2020-01-23. <https://aldreomsorg.stockholm/kvalitet-och-synpunkter/aldreomsorgens-vardegrund/> [hämtad 2021-03-25].

Stockholms stad, 2021. Beredningsplaner och smittförebyggande åtgärder covid-19. Senast uppdaterad 2021-03-25. <https://leverantor.stockholm/aldreomsorg/halso-och-sjukvard/coronaviruset-covid-19/> [hämtad 2021-05-11].

Stockholms stad Kommunstyrelsen, 2020. Protokoll nr 14, 2020-06-17. Sida 27.

Sveriges Television Nyheter, 2020. *Detta har hänt: Striden om munskydden på Serafen*. Publicerad 2020-04-28 (senast uppdaterad 2020-05-26). <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/detta-har-hant-striden-om-munskydden> [hämtad 2021-05-19]. Arkiverad version [2021-05-19]: <https://web.archive.org/web/20210103194227/https://www.svt.se/nyheter/inrikes/detta-har-hant-striden-om-munskydden>.

Sveriges Television Nyheter, 2020. *FHM presenterar nya krav på munskydd i vården*. Publicerad 2020-06-25 (senast uppdaterad 2020-06-26). <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/fhm-s-nya-krav-om-munskydd-ska-anvandas-vid-alla->



misstänkta-coronafall [hämtad 2021-05-19]. Arkiverad version [2021-05-19]:
<https://web.archive.org/web/20201122063829/https://www.svt.se/nyheter/inrikes/fhm-s-nya-krav-om-munskydd-ska-anvandas-vid-alla-misstankta-coronafall>.

World Health Organization, 2021. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Senast uppdaterad 2021-05-24. <https://covid19.who.int/> [hämtad 2021-05-25].

Äldrecentrum, 2019. Att komma hem från sjukhus och få ett tryggt mottagande.

Äldreförvaltningen, 2020. Anvisningar och rutiner vid tillfällig flytt från vård- och omsorgsboende till korttidsboende. Publicerad 2020-04-28 (reviderad 2020-09-03).

Äldreförvaltningen, 2020. Förstärkningsteam inom hemtjänsten. Publicerad 2020-04-27. <https://leverantor.stockholm/globalassets/foretag-och-organisationer/leverantor-och-utforare/verksamhetsomraden/aldreomsorg/corona/forstarkningsteam-i-hemtjansten-information.pdf> [hämtad 2021-03-02].

Äldreförvaltningen, 2020. Uppföljning av samverkan mellan vård- och omsorgsboende och läkarorganisationerna under Coronapandemin. Dnr 4.1–575/2020.

Äldreförvaltningen, 2020. Äldreförvaltningens granskning av arbetskläder. Dnr 4.3–316/2020.

Äldreförvaltningen, 2020. Äldreförvaltningens uppföljande granskning av arbetskläder – hösten 2020, Dnr 4.3–316/2020.

Äldreförvaltningen, 2021. Linjediagram särskilt boende.

Äldreförvaltningen, 2021. Linjediagram hemtjänst.

Äldreförvaltningen, 2021. Äldreomsorgens årsrapport 2020. Dnr: ALD 2021/31. Sida 10–14, 38–49, 97.