

Delrapportering grundbemanning vård- och omsorgsboende

Bilaga 4

Kontaktperson

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

Delrapportering grundbemanning vård- och omsorgsboende

Uppdrag

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

Genomförande

Syftet med uppdraget är att kartlägga bemanningen på vård- och omsorgsboende i kommunal regi i Stockholms stad samt beskriva för- och nackdelar med olika sätt att organisera verksamheten och hur resurser kan användas på ett effektivt sätt. Även behovet av legitimerad personal samt möjligheten att arbeta teambaserat för att kunna tillmötesgå behoven hos de boende har belysts inom ramen för uppdraget.

Syftet med uppdraget är också att ge en överblick över metoder och verktyg som har utvecklats för att mäta vårdtyngd inom vård- och omsorgsboenden för att kunna anpassa bemanningen utifrån aktuella behov.¹

Delrapporteringen belyser nedanstående områden:

- Kartläggning av tillgången till sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal på vård- och omsorgsboende.
- Beskrivning av olika sätt att tillgodose behovet av olika personalgrupper på vård- och omsorgsboende.
- Metoder och verktyg som finns för att mäta vårdtyngd inom vård- och omsorgsboenden.
- Hur synen på, och användningen av, vårdtyngdsmätning inom vård- och omsorgsboenden har sett ut över tid.
- Hur bemanningsplanering i relation till de boendes behov kan se ut i praktiken på vård- och omsorgsboenden.

¹ Omvärldsbevakningen avseende verktyg för att mäta vårdtyngd genomfördes av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum på uppdrag av äldreförvaltningen, se bilaga 1.

För att kunna kartlägga bemanningen på vård- och omsorgsboende i Stockholms stad inhämtades underlag för den faktiska bemanningen vid ett angivet datum och klockslag i samtliga vård- och omsorgsboenden. Uppgifterna inhämtades dels genom en enkät och dels utifrån uppgifter från verksamhetsuppföljning år 2021 för vård- och omsorgsboende i Stockholms stad.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har på uppdrag av äldreförvaltningen genomfört en omvärldsbevakning avseende metoder och verktyg för att kunna mäta vårdtyngd inom äldreomsorgen i syfte att planera bemanningen utifrån kravet om att kontinuerligt anpassa bemanningen utifrån aktuella behov.

I syfte att belysa för- och nackdelar med olika sätt att organisera bemanningen genomfördes intervjuer med verksamhetschefer och sjuksköterskor. Totalt intervjuades sex verksamhetschefer och tre sjuksköterskor från sex olika boenden i Stockholms stad. Det genomfördes även två analysmöten med inspektörer och kvalitetsobservatörer på äldreförvaltningen.

Uppdraget har genomförts i samråd med stadsledningskontoret och stadsdelsförvaltningarna.

Avgränsning

Privata vård- och omsorgsboenden belägna i annan kommun (LOV upphandlade enstaka platser) ingår inte i kartläggningen.

Eventuella ekonomiska aspekter på bemanningen samt förslag på grundbemanning kommer att redogöras i slutrapporten december 2022.

I denna delrapportering behandlas inte rehabiliteringspersonalens insatser samt medicinskt ansvarig sjuksköterskas syn på bemanning. Deras perspektiv presenteras i slutrapporten i december 2022.

Bakgrund till uppdraget

Erfarenheter från Coronapandemin

I Coronakommissionens delbetänkande "Äldreomsorgen under pandemin" (SOU 2020:80) konstaterades att den svenska strategin att skydda de äldre hade misslyckats. Kommunerna har vård- och omsorgsansvaret för de allra sköraste äldre personerna, de som visade sig kunna drabbas hårdast av covid-19. Enligt kommissionen var äldreomsorgen illa rustad för att hantera en pandemi vilket de ansåg berodde på sedan länge kända strukturella brister. Trots åtgärder från regeringen och statliga myndigheter under våren 2020 för att minska smittspridning i äldreomsorgen, bedömde

kommissionen att dessa åtgärder var sena och i flera avseenden otillräckliga.

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

Även Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kunde utifrån sin tillsyn under pandemin se att bristerna främst var kopplade till bemanning och brister i hälso- och sjukvårdsdokumentationen. IVOs granskning visade att det inte enbart varit brist på sjuksköterskor utan även på omvårdnadspersonal. Både intervjuer och journalgranskning visade enligt IVO allvarliga brister i vården och omsorgen i livets slutskede. Till exempel ansåg IVO att bemanningsbristen medfört att det varit svårare än tidigare att sätta in vak när en patient varit döende. Kompetens- och bemanningsbristerna har enligt IVO också inneburit extra svårigheter att tillgodose att patienterna får de insatser och den behandling som läkare ordinerat. IVO anser att dessa problem är kända sedan tidigare, men de har blivit tydligare i och med pandemin.² Vilka kriterier IVO utgått ifrån i tillsynen när de bedömde att bemanningen var otillräcklig framgick inte i tillsynsrapporten.

Bemanning inom äldreomsorgen

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

I en studie som genomfördes av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010 var slutsatsen att det med en bemanning om tre anställda dagtid på ett gruppboende för personer med demenssjukdom med nio boende fanns förutsättningar för att ge en god vård och omsorg, medan tiden inte räckte på de enheter som hade

två anställda eller 2,5 där man delade på en så kallad ”löpare” mellan två boendeenheter.³

Tidigare försök att reglera bemanningen

Tidigare försök att ta fram föreskrifter och allmänna råd om bemanning inom äldreomsorgen har gjorts. Socialstyrelsen fick 2011 i uppdrag att se över möjligheten att utarbeta riktlinjer för bemanning i hela äldreomsorgen och att varje kommun med detta som grund skulle fastställa lokala riktlinjer för bemanning för en god äldreomsorg i sin kommun, även uttryckt i kvantitativa mätbara mått. Frågan bordlades och 2012 kom Socialstyrelsens yttrande:

”Av yttrandet framgår det bl.a. att Socialstyrelsen anser att bemanningen i särskilda boenden där personer med demenssjukdom bor ska utgå från den enskildes individuella behov och att regler om detta kan gälla även för andra personer än de med demenssjukdom som bor i särskilt boende, men inte för äldreomsorgen i övrigt. Styrelsen anser vidare att det behövs en helhetssyn på problemen med bristande bemanning inom äldreomsorgen. Enligt styrelsen kan inte problemen lösas enbart genom tydligare nationella regler, utan de måste även angripas genom ett lokalt sammanhållet arbete som omfattar bl.a. den nationella värdegrunden och ökad kunskap.”

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

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

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

Gräns för antal platser på vård- och omsorgsboende

Det finns inga krav på övre gräns för antal platser per avdelning på ett särskilt boende för äldre. I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg för personer med demenssjukdom rekommenderar Socialstyrelsen att boendet kännetecknas av en inkluderande boendemiljö som främjar känslan av att vara välkommen i dagliga aktiviteter och som känns bekant för personen samt småskalighet i form av ett begränsat antal lägenheter per boende. Hur många som kan bo i ett småskaligt boende för att det ska få kallas småskaligt finns det dock inga bestämmelser kring.⁴ Enligt Socialstyrelsens utvärdering 2014 hade 75 procent av boenden som var anpassade för personer med demenssjukdom 10 platser eller färre.⁵ Vid tillståndsgivning för att bedriva särskilt boende för äldre utgår IVO från aktuell lagstiftning samt Socialstyrelsens riktlinjer, bedömningen görs sedan utifrån respektive ansökan.

Vårdtyngdsmätning på vård- och omsorgsboende i Stockholms stad

Valfrihetssystemet inom äldreomsorgens vård- och omsorgsboenden infördes 2008. Valfrihetssystemet innebar bland annat en ny ersättningsmodell i tre nivåer. Ersättningsnivåerna fastställdes utifrån en vårdbehovsmätning av den enskildes omvårdnadsbehov i samband med beslut om plats på vård- och omsorgsboende och därefter utifrån den enskildes eventuella förändrade behov. Tanken med den differentierade ersättningen var att bemanningen skulle kunna anpassas utifrån de boendes aktuella behov.

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

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

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

Utredning om ny äldreomsorgslag

Coronakommissionens kritik ledde bland annat till att regeringen 2020 tillsatte en utredning som skulle ta fram ett förslag om en äldreomsorgslag, i syfte att tydliggöra äldreomsorgens uppdrag, främja likvärdighet över landet och bidra till höjd kvalitet inom äldreomsorgen. Utredningen har också lämnat förslag på hur den medicinska kompetensen kan stärkas i verksamheten. I utredningen ingick också att pröva de juridiska förutsättningarna för kommunerna att anställa läkare.

Utredningen "Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer" har föreslagit en ny äldreomsorgslag som ska komplettera socialtjänstlagen och ska stödja en äldreomsorg med likvärdigt god kvalitet och en äldreomsorg som utgår från individens förutsättningar, behov och delaktighet. I lagförslaget föreslås mål om att äldreomsorgen ska ha ett förebyggande perspektiv och inriktas på att vara hälsofrämjande och stödja funktionsförmåga, samt att äldreomsorgen ska vara tillgänglig. Utredningen har också tagit fram förslag på hur hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan förstärkas så att kvalitet och tillgänglighet förbättras för personer som får kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen föreslår bland annat att regionens ansvar för att tillhandahålla läkare till patienter med kommunal primärvård förtydligas. Det ska till exempel vara möjligt att vid behov få en medicinsk bedömning av läkare dygnet runt. På motsvarande sätt tydliggörs kommunens ansvar att säkerställa att det är möjligt att vid behov få en medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt i kommunens primärvård.

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

bemanning efter alla de förutsättningar som ska vägas in.⁶
Utredningen kommer nu att skickas på remiss.

Äldreförvaltningen avser att beakta utredningens slutsatser och lagförslag i budgetuppdragets slutrapport om grundbemanning i Stockholms stad.

Bemanning utifrån avtal och uppdragsbeskrivning för vård- och omsorgsboenden

I avtal med privata utförare och i uppdragsbeskrivningen för egen regi, finns följande krav gällande bemanning:

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

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

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

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

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

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

Sjuksköterskepatrull

Flera vård- och omsorgsboenden tillgodoser behovet av sjuksköterska genom så kallad sjuksköterskepatrull på kvällar, nätter och helger. Ibland benämns dessa som mobilt team, i denna utredning används begreppet patrull. Hur det är organiserat skiljer sig mellan olika boenden. Några har egna patruller med sjuksköterskor inom bolaget, koncernen, organisationen eller stadsdelsförvaltningen och vissa har upphandlat tjänsten. Det innebär att sjuksköterskeinsatserna tillhandahålls av en patrull som genomför planerade och oplanerade insatser samt telefonrådgivning. I stadens avtal med privata utförare, samt i uppdragsbeskrivning för verksamheter i kommunal regi, ställs krav på en inställelsetid inom högst 30 minuter. Verksamheterna har skyldighet att säkerställa att kravet på inställelsetid efterlevs genom någon form av egenkontroll. Idag saknas en övergripande kännedom om hur följsamheten till kravet om inställelsetiden efterlevs.

Kartläggning av grundbemanning på vård- och omsorgsboenden inom staden

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

Ett fokus i uppdraget har varit att beskriva för- och nackdelar med olika sätt att bemanna ett vård- och omsorgsboende med sjuksköterska olika tider på dygnet. Frågan är dock inte enkel då arbetet på ett vård- och omsorgsboende är komplext och många olika faktorer spelar in. Olika boenden har olika förutsättningar avseende storlek, lokalernas utformning, möjligheten till flexibilitet och samordningsvinster inom verksamheten, tillgång till ”servicepersonal” som inte utför ordinarie omvårdnadsarbete, aktuella behov hos de boende samt medarbetarnas kompetens.

Nationell jämförelse av sjukskötersketäthet

Inom ramen för öppna jämförelser samlar Socialstyrelsen in uppgifter om antal sjuksköterskor per bostad i särskilda boenden, vardag respektive helgdagar. För att få fram ett jämförbart resultat

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

Tabell 1. Antal sjuksköterskor på plats kl. 9.00 vardagar och helger 2019. Källa: Öppna jämförelser, enhetsundersökningen 2019, senaste mätningen.

2019	Vardagar	Helgdagar
Stockholm	0,051	0,015
Malmö	0,047	0,006
Göteborg	0,034	0,007

I Stockholm år 2019 fanns det i genomsnitt fem sjuksköterskor per hundra boende på vardagar, vilket var något högre än Malmö och Göteborg vid samma mättillfälle. På helgerna var det betydligt färre sjuksköterskor på plats, i snitt 1,5 per 100 boende, vilket också var högre än genomsnittet i de andra storstäderna.

Kartläggning av sjukskötersketäthet på vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad

Kartläggningen av sjukskötersketätheten bygger på verksamheternas inrapporterade uppgifter om aktuell beläggning och antal sjuksköterskor dag, kväll, natt och helg i april 2022. Beräkningen är gjord utifrån antal sjuksköterskor i förhållande till aktuell beläggning, det vill säga aktuellt antal boende i förhållande till antal sjuksköterskor vid en viss dag och klockslag. Detta för att få fram en jämförbar bild av faktisk personaltäthet. Socialstyrelsen använder samma förfarande när de inhämtar uppgifter om sjukskötersketäthet till öppna jämförelser.

Denna kartläggning av bemanningen omfattar 77 vård- och omsorgsboenden, samtliga regiformer, inom Stockholms stads kommungräns. Dessa var fördelade på 24 vård- och omsorgsboenden som drevs i kommunal regi, 14 drevs på entreprenad och 39 drevs i privat regi (tabell 2).

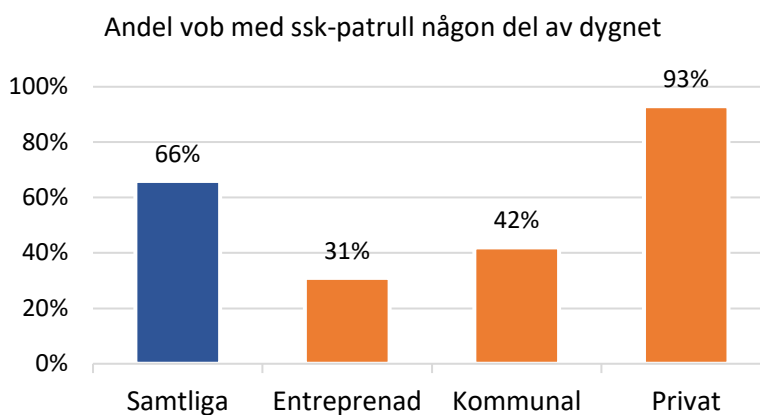
Tabell 2. Antal och andel (%) vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad uppdelat per regiform, april 2022.

Regiform	Antal	Andel
Kommunal	24	31 %
Entreprenad	14	18 %
Privat	39	51 %
Summa	77	100 %

Sjuksköterskebemanning genom patrull

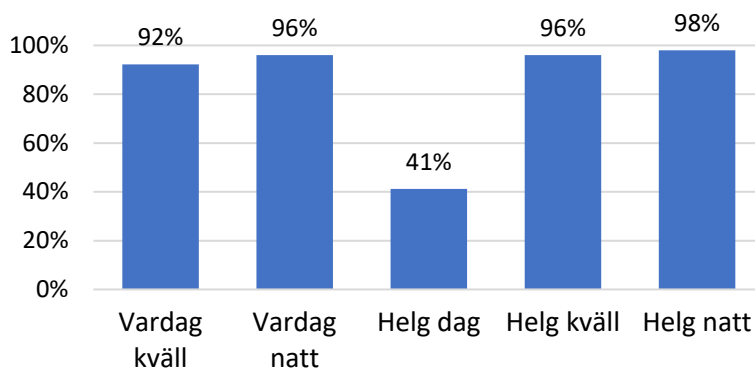
Det är vanligt förekommande att vård- och omsorgsboenden tillgodoser behovet av sjuksköterska genom så kallad patrull med sjuksköterska på kvällar, nätter och helger. Det kan handla om både inplanerade och oplanerade insatser samt telefonrådgivning.

Samtliga verksamheter hade sjuksköterska på plats i verksamheten under dagtid på vardagar. Mer än hälften, 66 procent, (51 stycken) av vård- och omsorgsboendena var bemannade med sjuksköterskepatrull någon del av dygnet och/eller på helger. Verksamheter i privat regi hade högst andel (37 av 39) boenden som var bemannade via patrull någon del av dygnet. Boende som drevs på entreprenad hade lägst andel boenden med patrull, vilket kan förklaras med att de har ett täthetsschema enligt avtal som de måste följa (figur 1).



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

Det skiljde sig åt i vilken utsträckning verksamheterna anlidade sjuksköterska via patrull. Vanligast var att verksamheterna bemannades med sjuksköterska via patrull under helgnätter följt av vardagsnätter och helgkvällar (figur 2).



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

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

Sjuksköterskebemanning på plats dygnet runt

Tabellen nedan redovisar antal boenden som har sjuksköterska på plats vid olika dagar och tider på dygnet, uppdelat på regiform. Sexton av 24 boenden (67 procent) i kommunal regi hade sjuksköterska på plats vardag kväll, vilket kan jämföras med boenden i privat regi, där två av 39 (fem procent) hade sjuksköterska på plats vardag kväll. Vanligast var att boenden som drevs på entreprenad hade sjuksköterska på plats vardag kväll och natt och under helgen oavsett tid (tabell 3).

Tabell 3 Antal och andel (%) vård- och omsorgsboenden med sjuksköterska på plats kvällar, nätter och helger samt i Jämförelse mellan regiformer, april 2022.

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

I genomsnitt fanns det 5,5 sjuksköterskor per 100 boende för samtliga regiformer. Spannet varierade dock mellan cirka två till elva sjuksköterskor per 100 boende (tabell 4).

Tabell 4. Sjukskötersketäthet i snitt vardag kl. 09.00 på vård- och omsorgsboende, uppdelat regiform och inriktning, april 2022.

Urval	Ssk-täthet* vardag kl.09.00	Med patrull	Utan patrull	Min-max
Samtliga vob	0,055	0,055	0,055	0,019-0,106
Kommunal regi	0,058	0,055	0,060	0,031-0,106
Entreprenad	0,053	0,059	0,052	0,035-0,073
Privat regi	0,055	0,055	0,043	0,019-0,096
Vob med korttidsvård	0,072	0,080	0,065	0,039-0,106

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

Det var ingen direkt skillnad i sjukskötersketätheten dagtid på en vardag beroende på om verksamheten hade sjuksköterskepatrull viss del av dygnet/helgen eller inte. Inte heller om boendet hade demensinriktning eller somatisk inriktning. Däremot hade vård- och omsorgsboenden med korttidsvård en högre sjukskötersketäthet, särskilt de som också använde sig av sjuksköterskepatrull (tabell 4).

Storleken på vård- och omsorgsboendena i Stockholm skiljer sig åt mellan som minst 13 platser till som störst 327 platser. I snitt hade ett vård- och omsorgsboende i Stockholms stad 69 platser (median 57). Kommunala vård- och omsorgsboenden hade i snitt 84 platser, entreprenader 65 platser och privata vård- och omsorgsboenden 52 platser. Det minsta och det största boendet var bägge kommunala.

Tabellen nedan visar sjukskötersketäthet och andel som hade sjuksköterskepatrull, utifrån boendenas storlek, uppdelningen baseras på antal platser över och under medianvärdet för antal platser på boenden i staden.

Tabell 5. Jämförelse av sjukskötersketäthet och bemanning via patrull utifrån vård- och omsorgsboendenas storlek (antal platser), april 2022.

Boendets storlek	Antal vob	Andel vob	ssk- täthet vardag kl. 09.00	Andel med ssk- patrull
Upp till 57 platser	41	53 %	0,054	80 %
58 platser eller fler	36	47 %	0,056	50 %
Samtliga vob	77	100 %	0,055	66 %

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

Det var inte någon direkt skillnad i sjukskötersketäthet beroende på vård- och omsorgsboendets storlek. Ju mindre vård- och

omsorgsboendet var desto vanligare var det med bemanning via sjuksköterskepatrull. Det fanns dock undantag. Det största boendet som hade sjuksköterskepatrull kvällar, nätter och helger hade 114 platser. Det minsta boendet som hade sjuksköterska på plats dygnet runt hade 30 platser och drevs på entreprenad (tabell 5).

Tabellen nedan visar sjukskötersketäthet fördelat på olika dagar och tider på dygnet, uppdelat regiform.

Tabell 6. Sjukskötersketäthet kvällar, nätter och helger uppdelat på regiform. Endast de som har sjuksköterska på plats vid aktuell tidpunkt (n), april 2022.

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

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

Det var inga skillnader i den genomsnittliga tätheten bland sjuksköterskor på kvällar mellan vardagar och helger. I genomsnitt var det på vardag kväll och på helgen klockan 09.00 cirka två sjuksköterskor i tjänst per 100 boende. Det var samma sjukskötersketäthet på natten oavsett veckodag. På kvällen under helg var det i genomsnitt 1,7 sjuksköterska i tjänst per 100 boende. Det var endast små skillnader i sjukskötersketätheten mellan regiformer (tabell 6).

Nationell jämförelse av omvårdnadspersonal

Inom ramen för öppna jämförelser samlar Socialstyrelsen in uppgifter om antal omvårdnadspersonal per bostad i särskilda boenden, vardag respektive helgdagar.

Tabell 7. Antal omvårdnadspersonal på plats kl. 9.00 vardagar och helger 2019. Källa: Öppna jämförelser, enhetsundersökningen 2019, senaste mätningen.

2019	Vardagar	Helgdagar
Stockholm	0,28	0,27
Malmö	0,31	0,26
Göteborg	0,27	0,23

I Stockholm 2019 fanns det i genomsnitt 28 omvårdnadspersonal per 100 boende på vardagar, vilket var något lägre än Malmö vid samma mättillfälle. Det var inga större skillnader mellan vardagar och helgdagar i Stockholm, medan både Malmö och Göteborg hade en något lägre bemanning på helger (tabell 7).

Sammanställning av tätheten av omvårdnadspersonal på vård- och omsorgsboende i Stockholms stad

I avsnittet nedan presenteras kartläggningen av personaltätheten bland omvårdnadspersonalen, som bygger på verksamheternas inrapporterade uppgifter om aktuell beläggning och antal omvårdnadspersonal dag, kväll, natt och helg i april 2022.

Beräkningen är gjord utifrån antal omvårdnadspersonal i förhållande till aktuell beläggning, det vill säga antal omvårdnadspersonal i förhållande till aktuellt antal boende vid en viss dag och klockslag. Uppgifterna är uppdelade på regiform, om boendet har patrull eller inte samt boendets storlek. Det är svårt att göra direkta jämförelser avseende bemanningen av omvårdnadspersonal mellan verksamheter. Lokalernas utformning kan exempelvis påverka möjligheten att samarbeta över avdelningsgränserna. Det kan också finnas skillnader i vad som ingår i personalens arbetsuppgifter som städning, beredning av måltider, särskilda ansvarsområden med mera.

I snitt var det cirka 30 omvårdnadspersonal per 100 boende en vardag klockan 09.00. Personaltätheten varierade mellan vård- och omsorgsboendena från 21 personal till 41 personal per 100 boende (tabell 8).

Tabell 8. Täthet omvårdnadspersonal på vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad kl. 09.00 måndagen den 4 april 2022 sammantaget och i jämförelse mellan regiformer och inriktning.

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

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

Det var ingen större skillnad i personaltätheten bland omvårdnadspersonalen mellan regiformer eller om verksamheten hade sjuksköterskepatrull eller inte. Det var inte heller någon större skillnad i personaltätheten beroende på vilken/vilka inriktningar verksamheten hade eller boendets storlek.

Tabellen nedan redovisar personaltätheten på vardag klockan 09.00 som drevs i kommunal regi och på entreprenad, uppdelat per stadsdelsförvaltning (tabell 9).

Tabell 9 Täthet omvårdnadspersonal i snitt (medelvärde) kl. 09.00 måndag den 4 april 2022 för boenden i kommunal regi och på entreprenad per stadsdelsförvaltning

Stadsdelsförvaltning	Antal boenden i kommunal regi och på entreprenad	Täthet vardag kl. 9
Bromma	3	0,27
E-Å-V	3	0,33
Farsta	3	0,30
Hägersten-Älvsjö	5	0,29
Hässelby-Vällingby	1	0,28
Kungsholmen	4	0,34
Norrmalm	3	0,33
Rinkeby-Kista	1	0,31
Skarpnäck	1	0,39
Skärholmen	1	0,39
Spånga-Tensta	0	
Södermalm	9	0,30
Östermalm	4	0,28
Summa och genomsnitt	37	0,31

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

Personaltätheten på vardagar klockan 09.00 varierade mellan stadsdelsförvaltningarna. I genomsnitt varierade personaltätheten för boenden i kommunal regi och på entreprenad mellan 27 till 39 omvårdnadspersonal per 100 boende (tabell 9).

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

Tabell 10. Täthet omvårdnadspersonal, vardag kväll, natt, helg dag, kväll och natt. Samtliga regiformer, den 4 och 9 april 2022.

Urval	Täthet vardag kväll	Täthet vardag natt	Täthet helg dag	Täthet helg kväll	Täthet helg natt
Kommunal	0,24	0,076	0,27	0,23	0,077
Entreprenad	0,24	0,094	0,28	0,24	0,091
Privat	0,24	0,079	0,26	0,24	0,079
Samtliga vob	0,24	0,081	0,27	0,24	0,080
Min - max	0,15 - 0,33	0,044 - 0,19	0,19 - 0,37	0,15 - 0,34	0,044 - 0,17

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

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

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

Det boende som hade lägst personaltäthet (0,44) på natten hade lokaler som var väl anpassade för verksamheten. Boendet hade avdelningar på ett och samma våningsplan som var överblickbara och som gjorde det möjligt att hjälpa varandra utan att lämna de boende utan uppsikt. De hade också hjälp av nattpersonalen på det angränsade servicehuset samt att de hade sjuksköterska på plats dygnet runt som var delaktig i omvårdnadsarbetet.

Kartläggning rehabiliteringspersonal

I tabellen nedan redovisas tillgången av fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut på vård- och omsorgsboende, redovisningen bygger på uppgifter från verksamhetsuppföljningen 2021. Uppgifterna speglar den planerade bemanningen, ej den faktiska bemanningen en viss period på dygnet.

Tabell 11. Antal helårsanställda arbetsterapeuter och sjukgymnaster i förhållande till antal boende. Källa verksamhetsuppföljning 2021.

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

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

Det var stora skillnader i tillgång till rehabiliteringspersonal mellan boendena i Stockholms stad, från 0,3 till cirka 3 per 100 boende. I snitt var det 1,5 arbetsterapeut per 100 boende och 1,4 sjukgymnast per 100 boende på vård- och omsorgsboende i Stockholms stad. En närmare beskrivning av rehabiliteringspersonalens uppdrag och ansvar kommer att redogöras i slutrapporten som ska vara klar i december 2022.

Vårdtyngdsmätning för att planera bemanningen

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

Gemensamt för metoderna är att man vill kunna skatta vård- och omsorgsbehoven hos de boende för att kunna bemanna på ett sådant sätt som möjliggör att personalen ska kunna tillmötesgå behoven hos de boende. Väl fungerande vårdtyngdsmätningar kan vara ett sätt att ge underlag som gör det lättare att kommunicera bemanningsbehov, både på enhetsnivå, och mellan personal, enhet- och äldreomsorgschefer, samt politiker i nämnden.

Vårdtyngdsmätningar kan användas i olika syften;

- stämma av de enskildas aktuella behov gentemot den beslutade ersättningsnivån (i förekommande fall).
- att anpassa personalplanering och fördelningen av personalresurser mellan olika avdelningar, enheter eller tider på dygnet, givet befintliga resurser.
- på aggregerad nivå för att ge en bild av om och hur behoven i kommunen som helhet förändras över tid.

Vanligast är dock att vårdtyngdsmätningar främst används i syfte att optimera fördelningen av personalresurser *inom* givna ramar för kommuner och enskilda utförare. Här kan det handla om fördelningen av givna personalresurser mellan olika enheter och mellan avdelningar på samma enhet.⁷

På uppdrag av äldreförvaltningen har Äldrecentrum genomfört intervjuer med representanter för tre vård- och omsorgsboenden. Vid intervjuerna framkom liknande uppfattningar om och erfarenheter av vårdtyngdsmätningar. Gemensamt var att verktygen som använts inte upplevs vara tillräckligt träffsäkra, detta då de inte fångar in alla aspekter som är viktiga för att bedöma vårdbehov och anpassa bemanningen, samt att de upplevs vara tidskrävande att använda. Den gemensamma bilden var att en tät dialog mellan chefer, bemanningssamordnare, sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal är ett mer ändamålsenligt tillvägagångssätt för att följa de boendes vård- och omsorgsbehov och för att anpassa bemanningen.

Sjuksköterska på plats eller via patrull under vissa tider

Inom ramen för utredningen genomfördes även intervjuer med verksamhetschefer och sjuksköterskor för att få en uppfattning om vad som påverkar bemanningen och vilka konsekvenserna blir av en för låg bemanning samt för- och nackdelar med sjuksköterska på plats alternativt via patrull.

En sjuksköterska på ett vård- och omsorgsboende har ansvar för att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård i samverkan med ansvarig läkarorganisation. Den legitimerade sjuksköterskan ansvarar självständigt för kliniska beslut som erbjuder människor ökade möjligheter att förbättra, bibehålla eller återfå sin hälsa, hantera hälsoproblem, sjukdom eller funktionsnedsättning och uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet fram till döden.⁸

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

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

Det är respektive stadsdelsförvaltning som upphandlar tjänsten med sjuksköterskepatrull för boenden i kommunal regi, vilket innebär att sjuksköterskeinsatserna tillhandahålls av det företag som stadsdelsförvaltningen slutit avtal med. Verksamheterna har skyldighet att följa upp att kravet på inställelsetid efterlevs. I vilken omfattning och på vilket sätt detta sker saknas kunskap om på en stadsövergripande nivå. Uppfattningen bland de intervjuade verksamheterna var dock att följsamheten till kravet om inställelsetiden efterlevs.

Sjuksköterska via patrull för- och nackdelar

De intervjuade verksamhetscheferna vid de boenden som hade patrull upplevde att det fungerade väldigt bra med att tillgodose behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser via sjuksköterskepatrull vissa tider på dygnet. Patrullen hade inplanerade besök varje

arbetspass vilket gav omvårdnadspersonalen möjlighet att ta upp frågor med sjuksköterskan när hen var på plats. Vid behov ringde omvårdnadspersonalen till patrullen för konsultation och vid behov gjorde sjuksköterskan en akut uttryckning. Enligt de intervjuade har omvårdnadspersonalen kompetens att avgöra när de ska kontakta patrullen för konsultation. Enligt de intervjuade kommer patrullen inom den avtalade inställetiden på 30 minuter, endast i något enstaka fall har det tagit något längre tid, i dessa fall har detta skett i kommunikation med boendet.

Att ha patrull begränsar enligt de intervjuade inte möjligheten att vid behov ta emot personer från sjukhus kvällar, nätter och helger, uppkommer behovet kontaktas patrullen som möter upp. Även behov av palliativ vård kan tillgodoses enligt de intervjuade. Om behov skulle uppstå planeras tätare besök från patrullen för att kunna ge en god palliativ vård.

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

Att ha patrull bidrog enligt de intervjuade verksamhetscheferna till en god kontinuitet på sjuksköterskesidan under dagtid, något som var bra för verksamheten. Ett av boendena som gått från att ha sjuksköterska på plats dygnet runt alla dagar i veckan till att ha patrull beskrev att de ökade bemanningen av sjuksköterska vid övergången till patrull och att det givit dem en bra kontinuitet och möjlighet att planera hälso- och sjukvårdsinsatser. Något som också skapat trygghet för omvårdnadspersonalen. Boenden med patrull betonade dock vikten av en god planering för att patrull på jourtid ska fungera.

Ytterligare en fördel som de intervjuade lyfte fram med patrull var att omvårdnadspersonalen fick möjlighet att använda sin kompetens och att detta bidrog till att omvårdnadspersonalen utvecklades i sin roll. Vid det boendet som hade sjuksköterska på plats alla dagar i

veckan lyfte man problematiken med att sjuksköterskans närvaro bidrog till att omvårdnadspersonalen inte fick ta ansvar eftersom sjuksköterska fanns på plats och utförde då även lättare hälso- och sjukvårdsinsatser som undersköterskorna skulle kunna utföra.

Sjuksköterska på plats dygnet runt, för- och nackdelar
Enligt chefen för det boende som hade sjuksköterska på plats dygnet runt alla dagar i veckan, har patrull aldrig varit aktuellt. Hen beskriver att utifrån behoven hos dem som flyttar in på ett boende idag så bör det finnas sjuksköterska på plats dygnet runt, ”allt fler är väldigt sjuka och döende när de flyttar till ett vård- och omsorgsboende. De boende skulle vara väldigt utsatta om det inte fanns sjuksköterska på plats. Om det inte finns en sjuksköterska på plats finns ingen där som kan göra akuta åtgärder”.

En fördel med sjuksköterska på plats var enligt några av de intervjuade att det skapar en trygghet för omvårdnadspersonalen ansåg både verksamhetschef och sjuksköterskor. En nackdel var dock att omvårdnadspersonalen enligt de intervjuade blir mindre självständiga i sitt arbete. Det beskrevs att det är lättare att göra bedömningar om man känner den enskilde vilket också var en fördel med att ha sjuksköterska på plats. De ansåg också att det läggs ett stort ansvar på omvårdnadspersonalen som ska göra bedömningen om sjuksköterskepatrullen ska kontaktas eller ej.

Något som de intervjuade lyfte var att sjuksköterska på plats kan skapa trygghet för de boende och deras anhöriga. Andra fördelar var att anhöriga alltid kunde få kontakt med en sjuksköterska samt att sjuksköterska alltid fanns tillhands för att göra bedömning vid exempelvis fall.

Teamarbete

Enligt de intervjuade tillämpas ett teambaserat arbetssätt på de tre vård- och omsorgsboendena. I praktiken innebar det att sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut samt omvårdnadspersonal träffades regelbundet, en gång i veckan eller varannan vecka för att bedöma eventuella förändringar avseende de boendes aktuella behov.

Utöver team-mötena ska teamarbetet även avspelas i det dagliga arbetet, här fanns det enligt de intervjuade möjlighet till utveckling. De intervjuade beskrev att de ibland önskade att sjuksköterskan var mer delaktig i det dagliga arbetet på avdelningen. Vid ett av boendena beskrev sjuksköterskan att hen fanns tillgänglig och dagligen handledde personalen på avdelningarna i omvårdnadsarbetet, vilket inte skedde i samma utsträckning på de två andra boendena. De beskrev att sjuksköterskan till viss del

fungerar som en konsult i sin egen verksamhet, att de inte är med i det dagliga arbetet på avdelningen. De intervjuade hade också önskemål om att sjuksköterskan i högre utsträckning ska arbetsleda, handleda och kompetensutveckla omvårdnadspersonalen än vad som idag görs. De intervjuade verksamhetscheferna såg ett behov av att omvårdnadspersonalen fick ta ett större ansvar för lättare hälso- och sjukvårdsinsatser som sjuksköterskan idag utför. Men för att detta ska kunna ske behöver sjuksköterskan arbeta med kompetensutveckling inom verksamheten. Detta skulle enligt de intervjuade både stärka kompetensen och skapa trygghet hos omvårdnadspersonalen och samtidigt frigöra tid för sjuksköterskan.

Det som framkom vid intervjuerna med verksamhetschefer avseende teamarbete bekräftas av kvalitetsobservationer som genomförts på vård- och omsorgsboende. Observatörerna upplever att personalen till stor del arbetar i "stuprör". Sjuksköterskan och rehabiliteringspersonalen är sällan närvarande och delaktiga i den dagliga omvårdnaden på boendet. De uppfattas ibland som "konsulter" i sin egen verksamhet istället för en del i vård- och omsorgsteamet kring de enskilda. Nuvarande arbetssätt ställer höga krav på omvårdnadspersonalen som ska upptäcka och bedöma förändringar i behov hos den enskilde som behöver kommuniceras med legitimerad personal.

Kompetens hos omvårdnadspersonalen

De intervjuade lyfter vikten av att ha en hög kompetens bland omvårdnadspersonalen, att det gör stor skillnad för kvaliteten i verksamheten. Vid de tre vård- och omsorgsboendena var det nästan uteslutande undersköterskor anställda, endast ett fåtal anställda var vårdbiträden. Omvårdnadspersonalen hade dock få hälso- och sjukvårdsuppgifter som var delegerade av sjuksköterskan. De enda förekommande insatserna på delegation var läkemedelsadministrering och enklare såromläggningar. Orsaken till detta var enligt de intervjuade incidenter långt tillbaka i tiden som gjorde att delegation för en rad insatser tagits bort. Detta var något som de intervjuade ansåg att man bör se över framöver. De betonade vikten av att undersköterskan måste ges möjlighet att göra det som ingår i deras utbildning och att det skulle öka statusen och attraktiviteten för yrket.

Flexibilitet i bemanningen och bedöma vårdbehov

Förhållandena på olika vård- och omsorgsboenden skiljer sig åt avseende bland annat, vårdtyngden, vad som ingår i personalens arbetsuppgifter och kompetens samt lokalernas utformning. Detta är några faktorer som påverkar bemanningen och som bidrar till svårigheten att slå fast hur många sjuksköterskor respektive omvårdnadspersonal man bör ha på ett specifikt boende. Det finns

exempel på verksamheter där bemanningen är flexibel, det vill säga att man omdisponerar personal mellan avdelningar utifrån vårdtyngd.

Enligt kartläggningen var sjukfrånvaron bland personalen en vanligt förekommande faktor som påverkar bemanningen, korttidsfrånvaro kan vara svårt att ersätta med kort varsel enligt de svarande. Vid intervjuerna framkom att det måste finnas utrymme att omfördela personal för att kunna täcka upp vid korttidsfrånvaro för att inte behöva bortprioritera eller skjuta fram vissa arbetsuppgifter. Det fanns dock enstaka boenden som beskrev att de hade en ”överbemanning” för att kunna tillmötesgå ökade omvårdnadsbehov och frånvaro bland personalen. I kartläggningen och vid intervjuerna lyftes även vårdtyngd, vård i livets slut, behov av kohortvård samt oro bland de boende som faktorer som påverkade bemanningen. Några boenden angav även ledsagning och aktiviteter på boendet som faktorer som hade påverkan på bemanningen.

De intervjuade beskrev att de hade tidigare erfarenheter från olika typer av vårdtyngdsmätningar men att man i sin nuvarande roll inte använde sig av något instrument för att mäta vårdtyngd i syfte att kunna planera bemanningen. Deras erfarenhet var att de instrument som finns att tillgå inte var ett stöd i personalplaneringen. Instrumenten var enligt de intervjuade tidskrävande och trubbiga och att de inte tar hänsyn till tidsåtgång, arbetstygnd och lokalens utformning. Något som också framkom vid intervjuerna om vårdtyngdsmätningssinstrument som genomfördes av Äldrecentrum.

Enligt de intervjuade fanns en grundtanke om hur grundbemanningen bör se ut olika tider på dygnet men att bemanningen sedan måste anpassas utifrån de aktuella behoven hos de boende. Detta skedde vanligen genom en tät dialog mellan omvårdnadspersonalen, sjuksköterska och de som planerar schemat. Det fanns ibland även möjlighet att omdisponera (låna) personal från en enhet till en annan eller att ta in extraresurser vilket har blivit mer accepterat och vanligare efter pandemin enligt de intervjuade. En av de intervjuade beskrev att de fångar vårdtyngd genom att personalen signalerar när det sker förändringar i behov, till exempel palliativ vård eller fler dubbelbemanningar. Samma verksamhetschef beskrev även att de kan flytta schematider för att tillmötesgå boendes önskemål om till exempel när de boende vill stiga upp på morgonen. Det aktuella boendet hade avstämning avseende arbetsbelastningen minst en gång per vecka och vid behov flyttades personal mellan avdelningarna. Detta bekräftas i svaren från kartläggningen, ”vi gör daglig avstämning, utgår från beläggning samt omvårdnadsbehov för att planera bemanningen. I

de fall ett ökat omvårdnadsbehov finns omfördelas resurserna eller så sätter vi in extra resurser i syfte att skapa en god och säker vård”.

Bemanning av omvårdnadspersonal

Det råder en enighet bland de intervjuade om att det inte alltid handlar om antal huvuden i verksamheten, istället bör man diskutera arbetssätt. Det finns dock en tanke om en grundbemanning som man inte kan gå under om man ska tillgodose de basala behoven hos de boende. De intervjuade framhöll att det krävs en annan bemanning och organisering för att öka möjligheten för de boende att få en meningsfull vardag och bli erbjudna aktiviteter och stimulans. De intervjuade beskrev att de vid behov av ledsagning behöver ta in extra personal. Samtliga intervjuade beskrev att en ökad bemanning på olika sätt skulle få positiva konsekvenser för verksamheten. Ökad bemanning skulle bland annat kunna ge guldkant för de boende och ett lugnare tempo, eller att en extra resurs skulle innebära att de i större utsträckning skulle hinna med utevistelser. En av de intervjuade beskrev att hen gärna skulle vilja ha fler än två undersköterskor på kvällen, ”vid dubbelbemanning krävs tre undersköterskor på avdelningen, annars är det tomt i gemensamma lokaler. Löparen kan bara vara på en avdelning i taget så alla kan inte lägga sig samtidigt”. Det innebär att de boende ibland måste anpassa sig utifrån när personalen har utrymme att hjälpa till.

Utifrån intervjuerna framgår att en ökad bemanning skulle öka möjligheten att möta upp kraven om en värdig äldreomsorg med meningsfull vardag utifrån den enskildes behov och skapa en god arbetsmiljö för medarbetarna.

Konsekvenser av för låg bemanning – utifrån observationer och inspektioner

Utifrån genomförda observationer och inspektioner på vård- och omsorgsboende kan äldreförvaltningen se att det ofta finns en skillnad mellan planerad bemanning och faktisk bemanning. Det förekommer att boenden inte alltid ersätter vid korttidsfrånvaro vilket får konsekvenser för kvaliteten i omsorgen. En för låg bemanning kan resultera i att man inte har möjlighet att utföra det som står i genomförandeplanen fullt ut, det vill säga erbjuda en personcentrerad omsorg utifrån den enskildes behov och önskemål. Det som oftast får stå tillbaka vid en för låg bemanning är enligt observatörer och inspektörer aktiviteter och stimulans. Bemanningen utgår från de basala behoven men inte alltid utifrån en omsorg som är värdig och som ger en meningsfull vardag för de enskilda.

Det finns goda erfarenheter av att ha en aktivitetsansvarig i verksamheten, det kan skapa en struktur för aktiviteterna, möjliggöra större aktiviteter i verksamheten och aktivitetsansvarig kan också handleda personalen. Det kan dock vara sårbart när ansvaret för att utföra aktiviteterna ligger på en viss personal i verksamheten. Det kan också skicka signaler om att det inte ingår i ordinarie omsorgsarbetet, då aktiviteter tvärtom bör ses som en del av omsorgen.

Även möjligheten till reflektion, kompetensutveckling och dokumentation påverkas av en för låg bemanning då det prioriteras ned vid en ansträngd arbetssituation.

Den samlade bedömningen utifrån observationer och inspektioner är att det finns stora fördelar med att ha personal som finns tillgänglig för de boende i de gemensamma utrymmena. Det skapar lugn på avdelningen och omvårdnadspersonalen behöver inte känna sig stressade när de är inne på någon av de boendes rum. Ytterligare en uppfattning är att många boende hellre är på sina rum när de lämnas ensamma i de gemensamma utrymmena.