

Äldreomsorgens personal - med fokus på 60+

Rapport från Arbets- och miljömedicin • 2002:8

Äldreomsorgens personal – med fokus på 60+

Inga-Lill Petterson Lena Backman



Arbets & Miljömedicin

Arbets- och miljömedicin • Norrbacka • 171 76 Stockholm
tel 08-517 730 56 • fax 08-33 43 33 • amm@smd.sll.se
Rapporten finns även på vår webbplats, www.sll.se/amm.

ISSN: 1651-0321

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	5
INLEDNING	7
STUDIENS SYFTE OCH METOD.....	9
Vad är en fokusgrupp?	10
RAPPORTENS UPPLÄGGNING	10
ÄLDRE SJUKSKÖTERSORS ARBETE - HINDER OCH MÖJLIGHETER.....	12
Utveckling och föränderlighet.....	12
Rekrytering och anställningsformer	13
Tydlig sjuksköterskeroll – tydligt ansvar	14
Ansvaret och den psykiska arbetsbördan.....	16
Arbetstider och önskescheman.....	17
Utbildning, fortbildning, utveckling	18
Hur kan den inre organisationen underlätta arbetet för sjuksköterskorna?.....	19
ÄLDRE UNDERSKÖTERSORS OCH VÅRDBITRÄDENS ARBETE - HINDER OCH MÖJLIGHETER	22
Fysisk belastning och arbetstakt.....	22
Formellt och informellt stöd.....	23
Möjlighet till återhämtning och kontinuitet	25
Kompetens och kompetensutveckling	27
DISKUSSION.....	28
Ambivalens och motsättningar i vårdarbetet – en slutsats	30
Konkreta förslag till förbättringar	32
REFERENSER	33

Sammanfattning

Samtidigt som antalet vårdkrävande vårdtagare i äldreomsorg ökar, minskar antalet anställda. Sjukskrivningar och förtidspensioneringar har ökat kraftigt särskilt bland kvinnor i kommuner och landsting. Personalomsättningen är hög, tillgången till utbildad personal har minskat och kommunerna får allt större problem med att rekrytera kompetent personal till vård och omsorg av äldre. Var tredje undersköterska eller vårdbiträde i landet över 50 år, bedömer sig inte orka arbeta till pensionsåldern. En ofta kompetent och erfaren äldre arbetskraft lämnar arbetet i äldreomsorgen i för-tid för att den inte vill eller vill men inte orkar arbeta. Att vända en negativ trend kräver förändringar i arbetsmiljö, organisation och attityder. Hur ska goda hälsofrämjande arbetsplatser i äldreomsorgen utformas för att äldre personal ska kunna och vilja stanna kvar i arbete till pensionering med bibehållen hälsa och arbetsglädje? Syftet var att identifiera möjligheter och hinder för äldre personal i äldreomsorgen att stanna kvar i arbete till pensionen. Sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden i olika verksamheter inom Stockholm stads äldreomsorg intervjuades, alla 60 år eller äldre.

Även om flertalet vill arbeta till pensionen, läggs avgörandet för om man kan hos arbetsgivaren, d.v.s. i vilken mån äldre kan erbjudas flexibla arbetsvillkor. Främst avses arbetstider, arbetstakt, personaltillgång, ansvarsfördelning och fysiska arbetsvillkor. Även vårdetik och arbetsmoral avgör. För många vårdbiträden och undersköterskor saknas ekonomiska möjligheter att gå ner i tid eller att sluta arbeta i förtid.

Skillnader i arbetsvillkor finns beroende på typ av verksamhet. Trots olika syn på mötet med vårdtagaren, finns mycket som förenar yrkesgrupperna. Avgörande för arbetsglädje och trivsel är mötet med vårdtagaren, som för sjuksköterskor innebär en professionell relation, för undersköterskor och vårdbiträden en personlig relation till vårdtagaren som bas för att hjälpa och bidra till äldres livskvalitet.

Vård- och omsorgsarbete beskrivs av äldre personal som fyllt av motsättningar och ambivalens. Medan tid och personal minskar, ökar äldres vårdbehov. Resurser i personal, tid och pengar anses otillräckliga för att utföra det arbete som förväntas utifrån lagstiftning, politiker, beslutsfattare, ledning, vårdtagare och anhöriga och inte minst utifrån anställdas krav på sig själva.

Personalbrist och svårighet att rekrytera utbildad personal ses som grundläggande hinder för verksamheten och som orsak till en rad andra problem. Vad som främst belastar personalen är när ambition och verklighet inte kan förenas och man aldrig är nöjd med den egna insatsen. När tiden inte räcker till, skuldbelägger personalen sig själv och får skamkänslor av att gamlas livskvalitet hotas. Här finns behov av att arbetsuppgifterna prioriteras vid tidsbrist. Även handledning genomförd av externa specialister, t.ex. psykologer kan avlasta.

När personal saknas, arbetar man dubbla arbetspass av hänsyn till vårdtagare, patienter och arbetskamrater. Vikariepooler för att underlätta tillgång till extra personal samt tid för återhämtning vid extra arbetsåtaganden anses värdefullt. Hos alla finns behov av kortare arbetstider för att få återhämtning. Större flexibilitet i arbetstider och individuella arbetsscheman skulle underlätta arbetet. Möjligheter till tjänstledighet för vidareutbildning värdesätts.

Fysisk miljö väger tungt för undersköterskors och vårdbiträdens möjligheter att fortsätta arbeta, särskilt i hemtjänsten. Vårdyrken innebär tunga lyft och vridna arbetsställningar. Bristen på anpassad fysisk arbetsmiljö i vårdtagares hem behöver uppmärksammas. Ofta arbetar man ensam av brist på personal. Den kunskap i lyftteknik som erbjuds anses inte tillämpbar i det dagliga arbetet. Behov finns av avlastare, t.ex. särskild personal för städning och tvätt och bad, för att ge vårdpersonalen mera tid för vårdtagarens direkta vårdbehov. Personalpooler skulle underlätta rekrytering av vikarier, särskilt under helger.

För sjuksköterskor är beredskapen att hantera anhörigas förväntningar och ångest ett tungt ansvar och en psykisk påfrestning av betydelse för hälsan. Lagar och föreskrifter är oändliga och man efterlyser stöd för prioriteringar och gränssättningar. Sjuksköterskors ansvar har breddats både vad gäller uppgifter och antalet vårdtagare. Otydlig yrkesroll anses vara en orsak till att många sjuksköterskor väljer bort äldrevården. Bristen på en professionell yrkesroll gav vidare lägre auktoritet i arbetet att instruera annan personal. Äldre sjuksköterskors möjligheter att stanna kvar skulle underlättas med tydligare yrkesroll, tydligare ansvar och mindre ansvarsområden.

Alla tar upp brist på framförhållning och på tid för reflektion och planering. Behovet av tid för planeringsmöten och samordning för kontinuitet är stort men upplevs samtidigt som slöseri med vårdtagarens tid. Kortsiktigt löser man en daglig akut situation i stället för att söka hållbara framtidslösningar. Avsatt tid för samordning med andra yrkesgrupper, biståndsbedömare och MAS och för planering skulle göra arbetet mera förutsägbart. Undersköterskors och vårdbiträdens kunskap från sin nära kontakt med vårdtagare och anhöriga skulle bättre tas tillvara samtidigt som arbetsledares förståelse för personalens arbetssituation ökar.

Största arbetsglädjen och belöningen får man när patienten mår bra och man själv är nöjd med det arbete man utfört. Uppskattning från anhöriga och vårdtagare är en bekräftelse men behov finns av stöd från arbetskamrater och arbetsledning. På mindre enheter underlättas stödet av den dagliga kontakten med arbetskamrater. Gemensamma möten för att underlätta arbetsrutiner upplevs ha en stödfunktion. Många känner sig ”osynliga” i organisationen och har behov av att bli sedda, hörda och respekterade och av att få uppskattning och erkännande, främst från överordnade. Arbetsledare har en viktig funktion som länk mellan arbetstagare och den högre ledningen.

Rätt kompetens hos personal och arbetsledare framhålls som viktigt. Att nyrekrytera utbildad personal upptar stor del av arbetsledarens tid. Ofta saknar nyanställda utbildning och introduktion i arbetet, vilket ökar äldre personals ansvar. Bättre kompetens hos ledning och nyanställd yngre personal, skulle avlasta ansvarsbördan för den äldre arbetskraften. Att attrahera och utbilda ny personal ses av alla som en viktig framtidsfråga. Stort behov finns av handledning och fortbildning för äldre samtidigt som känslan av att ”stjäla” utvecklingstiden från vårdtagare och arbetskamrater ger dåligt samvete.

Hög personalomsättning gör äldres kompetens och erfarenhet än mer värdefull för kunskapsöverföring och kontinuitet. Bland äldre finns en stor potentiell arbetskraft om erfarenhet snarare än ålder värderas. Konkreta förslag till förbättring av den äldre personalens arbetsvillkor för att främja arbetsglädje och hälsa sammanfattas punktvis.

Inledning

Äldre människor utgör en ökande andel av befolkningen. År 2030 beräknas var fjärde svensk vara över 65 år (Ekelöf & Kindenberg, 2002). Eftersom människor lever längre bedöms befolkningens hälsa i framtiden domineras av åldrandets sjukdomar och problem (SoS, 2001). Utvecklingstrenden medför ett tyngre vårdbehov med allt fler äldre-äldre inom äldreomsorg och äldreomsorg.

Samtidigt som antalet vårdbehövande ökar finns en minskande tillgång till vårdande personal. Pålagda besparingar sedan början av 90-talet har minskat antalet vård- och omsorgsanslagna. Detta faktum kvarstår även med korrigering för verksamhetsöverföringar i samband med Ädelreformen. Av kommunernas personal i landet är 40% anställda inom vård och omsorg, 90% av dessa är omvårdnadspersonal och 93% av all omvårdnadspersonal är kvinnor. Stora regionala skillnader finns. Stockholms län har jämfört med andra län lägst andel omvårdnadspersonal i kommuner och landstings vård och omsorg (beräknat som årsarbetare/1000 invånare). Vårdpersonalens medelålder har också ökat mer i kommuner än i landsting. Kommunanställda sjuksköterskor är två år yngre än sina kollegor i landstingen. (Svenska Kommunförbundet & Landstingsförbundet, 2000).

Sjukskrivningar och förtidspensioneringar har ökat kraftigt de senaste åren. Den långa sjukfrånvaron (mer än 30 dagar) minskade före 1997 men har ökat efter 1997 till högre nivå än den som rådde 1992. Hälsoutvecklingen är sämre för kvinnor i kommuner och landsting.

Arbetsplatser inom äldreomsorgen får allt större problem med att rekrytera kompetent personal till vård och omsorg av de äldre. Många rekryteras tillfälligt. Tillgången till utbildad personal har minskat. Andel omvårdnadsutbildad personal minskade från 1995 till 1999 med 3%. Prognosen en bra bit in på 2000-talet är att det kommer att råda brist på alla kategorier vårdpersonal (Svenska Kommunförbundet, 2001).

Var tredje undersköterska eller vårdbiträde i landet över 50 år, bedömer sig inte orka arbeta till ordinarie pensionsålder. I en studie av äldreomsorgspersonal i en storstockholmskommun bedömer endast en av fyra anställda, oberoende av ålder, att man kommer att arbeta fram till pensionen (Pettersson m.fl, 2001). Jämförbara siffror från RFV (2000) visar att 26% av gruppen 35-64 år vill jobba fram till 65, 43% vill sluta i förtid medan övriga är osäkra. I en studie av 50-75-åringar (Nylén & Torgén, 2002; Torgén m.fl, 2001) tror 60% av männen och 49% av kvinnorna att de kommer att arbeta fram till pensionen. Fortsätta efter 65 vill bara 11% av kvinnorna. En jämförelse mellan åren 1990 och 2000 visar att andelen sysselsatta 60-64-åringar minskar från 57% till 48%. Man visar vidare att det är vanligare för kvinnor att sluta arbeta i förtid av hälsoskäl.

Hälften av befolkningen i åldern 60-64 år står enligt RFV utanför arbetskraften år 2001 och 4 av 10 vill sluta arbeta i förtid. RFVs slutsats är att trenden måste vändas men att detta kräver genomgripande förändringar i arbetsmiljö, arbetsorganisation, attityder hos arbetsgivare, fack och hos människorna själva. Höga krav på att arbeta fort, hårt, stor arbetsinsats, motstridiga krav eller tidspress liksom arbetsförmåga, hälsa och ekonomiska förutsättningar är alla viktiga faktorer som bidrar till en önskan om att sluta arbeta i förtid. Man anser att en rad åtgärder behövs inom alla dessa områden om fler ska vilja och orka stanna kvar i arbete.

Faktorer som anses mest avgörande för orken är arbetstakt, fysiska krav, arbetstider, psykosocial arbetsmiljö och arbetstidens förläggning (Arbetsmiljön 2001). Psykosociala faktorer som visat sig vara hinder för kvinnor i åldern 45-64 år för att stanna kvar i arbetet är höga krav (71%), låg kontroll (68%), otydliga arbetsuppgifter och mål (72%), lågt engagemang (66%), höga krav kombinerat med låg kontroll (78%), mindre utvecklingsmöjligheter än man önskar (88%), att inte få använda yrkeskunskaper/erfarenheter (74%), låg feedback från chef (71%), låg trivsel (84%) och dåligt socialt klimat på arbetsplatsen (66%) (Torgén m.fl, 2001).

Arbetsförhållanden har stor betydelse för både fysisk och psykisk hälsa. De fysiskt och psykiskt tunga arbetsvillkoren har i kombination med personalbrist blivit allt mer pressande. Olust att gå till jobbet har ökat under 90-talet. Omorganisationer har avlöst varandra och personalomsättningen inom äldreomsorgen har varit och är stor, vilket lett till att tillgång till resurser som lärande, socialt klimat och stöd har försämrats på arbetsplatserna. Utvecklingen leder på många arbetsplatser till att personalen dras in i en ond spiral, som skapar stress och är svår att ta sig ur. Saknas dessutom tid för personalen att återhämta sig, är risken för sjukskrivningar stor.

När sjukfrånvaron växer uppstår frågan varför vissa människor håller sig friska och kan arbeta. Det skulle dock vara fel att påstå att den äldre arbetskraft som stannar kvar inom äldreomsorgen behåller sin hälsa i den betydelsen att de är friska. Flera stannar kvar trots att de lider av trötthet och värk som konsekvens av långvarigt fysiskt och psykiskt tungt arbete. Sjukdomar i rörelseorganen är vanligaste orsaken till smärta, nedsatt arbetsförmåga, sjukskrivningar och förtidspensionering och svår värk är vanligt hos kvinnor i åldern 45-64 år, framför allt i arbetaryrken (SoS, 2001). Frågan ställs därmed på sin spets. Vad krävs för hållbar arbetshälsa och arbetsglädje? Hur ska goda och hälsofrämjande arbetsplatser och organisationer utformas inom äldreomsorg och äldreomsorg för att äldre personal ska kunna och vilja stanna kvar i arbete fram till pensioneringen med bibehållen hälsa och arbetsglädje?

Inom EU är arbetstagare äldre än 50 år dubbelt så många som yngre som inträder i arbetskraften från utbildningen. Hur äldre arbetskraft bäst tas tillvara är frågor, som diskuteras idag i hela Europa. Andra nordiska länder har kommit en bit längre i den diskussionen än Sverige, vilket anses bero på att arbetsmarknaden i övriga nordiska länder är mera flexibel och arbetsgivarna mera öppna för individuella lösningar. Den äldre arbetskraftens erfarenhet och kompetens efterfrågas av arbetsgivare, fack, politiker och beslutsfattare. Den äldre arbetskraften måste dock tas tillvara på rimliga villkor och bästa kunskapen om vilka lösningar, som krävs finns hos personalen själv. Ekelöf & Kindenberg (2002) påpekar att fysiska och psykiska skillnader mellan individer ökar med åldern och det viktiga är att arbetsgivare, arbetstagare och fack har insikten att arbetet då måste anpassas till individen i stället för tvärtom. En EU-studie kring den äldre arbetskraften ledd av finske forskaren Juhani Ilmarinen, (Ekelöf & Kindenberg, 2002) påvisar ett antal viktiga åtgärder för att behålla äldre i arbete, såsom utbildning av förmän i åldersledning, ergonomi anpassad till äldre, motionsprogram på arbetsplatsen och skräddarsydda utbildningar i ny teknik. Annat som prövats i Finland för att utveckla och upprätthålla arbetsförmågan hos äldre arbetskraft är seniorsledning och hälsokontroller.

Utredningen ”Riv ålderstrappan” (SOU 2002:29) påpekar vikten av att värdera erfarenhet snarare än ålder och att det finns stor potentiell arbetskraft bland dem som är 50 år eller äldre.

Studiens syfte och metod

Syftet var att identifiera möjligheter och hinder för den äldre personalen att stanna kvar i sitt arbete fram till pensionen. Samtliga heltidsanställda sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden inom Stockholm stads äldreomsorg, som var 60 år eller äldre, 182 personer, kontaktades och erbjöds delta i gruppintervjuer. Av samtliga som var 60 år eller äldre arbetade 40% heltid. Av dessa var 25 intresserade att delta i fokusgrupper. Totalt intervjuades 22 personer fördelade över tre yrkesgrupper; sex sjuksköterskor, sex undersköterskor och tio vårdbiträden. De intervjuade representerade olika verksamheter såsom hemtjänst, servicehus, gruppboenden, sjukhem och särskild dagverksamhet. Även personal som arbetade nattetid fanns representerad.

Av undersköterskor och vårdbiträden arbetade fem inom hemtjänsten och sju på servicehus, varav tre i dagverksamhet och två i gruppboenden. En person arbetade natt i äldreboende och på sjukhem. Av sjuksköterskorna arbetar en heltid nattjänst på ett sjukhem, en arbetade på ett korttidsboende medan övriga arbetade på servicehus eller äldreboenden. Flera av sjuksköterskorna arbetade med dementa vårdtagare. Sjuk-sköterskorna hade arbetat på sin nuvarande arbetsplats mellan ett och sju år men flera av dem hade tidigare erfarenhet från akutvård, en hade tidigare erfarenhet som vårdlärare.

Tabell 1. Intervjupersoner fördelade över yrke och arbetslivserfarenhet

Verksamhet	Vb	Arbetslivserfarenhet	Usk	Arbetslivserfarenhet	Ssk	Arbetslivserfarenhet
Hemtjänst	5	- f.d. 16 år i vård fr 18 år - utegrp sedan 3,5 år; f.d. affär 25 år - hemtjänst - hemtjänst 20 år - hemtjänst 17 år				
Gruppboende, dementa	1	- natt 8 år	1	- sedan 1974	1	- demensboende 1 år, f.d. akutvård 10 år
Äldreboende			1	- sedan drygt 1 år, 38 år i branschen	2	- 3 år omsorg, f.d. vårdlärare 40 år - dementa + ålderdomshem, 7 år
Servicehus	4	- dagverksamhet fr 1976 - dagvård, psyk. avd - dagverksamhet senildementa fr 1978 - servicehus sedan 1975	3	- halvtid, började som 17-åring - sedan 1975, började i förvaltningen 1958 - fr 1980, började 1960	1	- Arbetat 1 år
Korttidsboende					1	- korttidsboende
Sjukhem			1	- sedan 1960	1	- psykiskt sjuka/dementa, natt

Vb= Vårdbiträde, Usk= Undersköterska, Ssk= Sjuksköterska

Tre fokusgrupper bildades, varav en enbart bestod av sjuksköterskor medan de två resterande var blandade grupper av undersköterskor och vårdbiträden.

Vad är en fokusgrupp?

En fokusgruppsintervju (FGI) eller en fokuserad intervju vänder sig till en grupp som särskilt rekryterats för ett speciellt syfte och genomförs i klart definierad form (Krüger & Casey, 2000). Intervjuer sker i homogena grupper. Ett klart syfte eller en särskild frågeställning styr intervjun och metoden ger möjligheter att ta tillvara gruppens dynamik. Syftet med att använda metoden är att fånga så många synpunkter som möjligt utifrån den givna frågeställningen. Genom att öppna frågor används i intervjun, ges den intervjuade möjlighet att utveckla, kommentera och dela med sig av erfarenheter (Krüger & Casey, 2000).

Metodens användbarhet är stor och lämplig när frågeställningen är avgränsad. Därför har arbetsmetodiken ursprungligen använts av yrkesgrupper som journalister och socialarbetare eller i samband med marknadsundersökningar. Den är användbar när intervjupersonerna har svårigheter att skriftligt besvara en enkät men förstår och talar språket.

Metodiken har fått ett genombrott under 1990-talet och tillämpas numera brett inom flera områden. På senare tid har den använts även som vetenskaplig forskningsmetod. Fokuserad intervjumetodik har ofta tillämpats inom hälso- och sjukvård. Under 90-talet har den allt mer använts i forskning kring hälsofrämjande arbete och prevention. (Tillgren & Wallin, 1999). Viss kritik har framförts mot metodens vetenskaplighet. För forskningssammanhang har därför skett en utveckling av metoden för att göra resultaten hållbara för vetenskaplig granskning. Detta innebär strängare krav på innehåll, form, genomförande, och dokumentation (Tillgren & Wallin, 1999).

Fokusgruppsintervjun syftar inte till att ge beslutsunderlag. Att intervjun är fokuserad innebär att den är avgränsad till ett speciellt ämne eller en frågeställning. Frågorna ställs utifrån en på förhand planerad intervjuguide, uppdelad efter ett antal centrala teman. Frågorna som ställs är endast vägledande. Den som genomför intervjun (moderator) har ett ansvar att leda diskussionen och bör ha egenskaper som empati och förmåga att lyssna för att stimulera alla i gruppen att delta i diskussionen. Svaren spelas in på band av en bisittare eller observatör. Intervjuerna skrivs ut och bearbetas i efterhand. Bearbetning av material från fokusgrupper sker med kvalitativ metodik.

Metoden är flexibel och ger närhet och kontakt med den aktuella målgruppen (Tillgren & Wallin, 1999). Fokusgruppsmetoden är lämplig för att ta del av människors erfarenheter, synpunkter, önskemål eller problem. Intervjuerna riktas mot en speciell målgrupp. För att öka variationen i svaren sker intervjuerna med flera grupper. Fokusgruppsdeltagarna medverkar aktivt i diskussionen. Ibland delas målgruppen in i undergrupper som intervjuas var för sig. Antal deltagare i en fokusgrupp är lämpligen 6-12 personer. Lämplig tid för gruppintervjun är ca 1 timma.

Deltagarna rekryteras inte slumpmässigt utan urvalet styrs av syftet med intervjun. Rekrytering av deltagare kan ske på olika sätt. Ett sätt är att någon som känner målgruppen väljer ut och kontaktar lämpliga deltagare. Insamlat material kan utvärderas men eftersom urvalet inte är slumpmässigt medför detta att resultatet inte heller är generaliserbart till andra grupper.

Rapportens uppläggning

Rapporten är en sammanställning av vad som framkom i fokusgruppsintervjuer genomförda i december 2001 med vårdande yrkesgrupper inom äldreomsorgen.

Vårdarbete är ett relationsyrke och arbetet är mötet med vårdtagaren. Personalen far illa när den upplever att patientens behov inte blir tillfredsställt. I gruppintervjuerna pratar man hellre om vårdtagarnas situation än om sin egen arbetsituation. Det som upplevs bra för vårdtagaren, upplevs också bra för personalen. Man kommer i konflikt när ambition och verklighet inte går att förena och man aldrig känner sig nöjd med det arbete man presterar. Eftersom vård- och omsorgsyrken är relationsyrken blir de anställdas arbetstillfredsställelse beroende av hur väl eller effektivt patienterna behandlas eller bemöts.

Både sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden tar i gruppdiskussionerna upp arbetet med människor som avgörande för arbetsglädje och trivsel. Man diskuterar detta utifrån något olika perspektiv. För sjuksköterskorna är relationen till vårdtagaren den professionella yrkesrollen där man genom sin kunskap och erfarenhet kan vara till nytta för vårdtagaren. För undersköterskor och vårdbiträden är mötet med vårdtagaren själva arbetet och man vill ha en personlig relation till vårdtagaren för att på så sätt bidra till deras livskvalitet. Otillfredsställelse och känslor av otillräcklighet uppstår då tiden tillsammans med vårdtagaren minskar. Personalen tycker att tiden används till annat än det som upplevs som det egentliga arbetet – mötet med vårdtagaren.

De olika synsätten på arbetet har gjort att rapporten redovisar synpunkter från sjuksköterskor separerat från synpunkter från undersköterskor och vårdbiträden. Trots de olika synsätten finns mycket som förenar alla yrkesgrupperna.

Äldre sjuksköterskors arbete - hinder och möjligheter

Utveckling och föränderlighet

Samtliga sjuksköterskor var överens om att personalstyrkan hade minskat och att det blev allt svårare att rekrytera utbildad personal till äldreomsorgen. Dessa fakta ansågs utgöra ett grundläggande hinder för verksamheten och orsakade i sin tur en följd av andra problem.

Vad man önskade var en bättre policy för att förhindra negativa konsekvenser av en alltför snabb och omfattande övergripande förändring av äldreomsorgen. Detta kunde innebära att följa upp sjukskrivningar men också att utvärdera betydelsen av organisationsförändringar och omställningar för arbetsvillkor och arbetshälsa. Det pris man ansett sig få betala för en ständigt pågående föränderlighet, är otrygghet, personalbrist, tidspress, brist på arbetsro och återhämtning men också i vissa avseenden en försämrad vård och omsorgskvalitet för vårdtagaren.

”Att man får resurser så man inte hela tiden utsätts för det här evinnerliga organisationsjoxet ... man ska hela tiden ha det där med sig att det kostar någonting ... det är vikarier och hela den ekonomiska biten som är tärande ... man sitter någonstans mellan att vara arbetsgivare man har ansvar åt det hållet också och nedåt.”

”personalstyrkan minskat, den har tyvärr minskat och det är väl det som är det stora krxet. Och svårt att rekrytera folk.”

” jag har sett den här nedgången ... hur det påverkar patienternas tillvaro ... vårt sjukhus har blivit delat så att en del är landsting och nu jobbar vi på kommunsidan. Så det har blivit ändringar ”.

”... bättre organisatoriska förutsättningar för att få det här att fungera, ...enhetscheferna byts ut åtminstone i centrala stan har dom byts ut alldeles för ofta och dom får inte stöd heller och då går det ut över oss”

” omorganisationer går väldigt snabbt men förändringsarbetet på golvet det går inte alls tycker jag. För vården är ganska statisk ... Sedan jag har börjat, har det inte hänt några större sensationer.

Det fanns en önskan om att bli sedd och hörd och att ges möjligheter att lyfta de dagliga problemen till beslutsfattare. De resurser som fanns i form av personal, tid och pengar, räckte inte till för att utföra det arbete som förväntades utifrån lagstiftningen eller från politiker, ledning, vårdtagare och anhöriga och inte minst utifrån de krav som anställda ställde på sig själva.

Förutom att sjuksköterskorna anser en kontinuerlig uppföljning av sjukfrånvaron på arbetsplatsen som nödvändig, förordas också i den gruppen en utökad friskvårdsverksamhet på arbetsplatserna. Reglerna för hur friskvårdstimmen får utnyttjas har inte fallit bra ut och i stället lett till att många inte använder sig av den friskvård som erbjuds. Särskilt för den äldre arbetskraften menar man att sjukfrånvaro kan förebyggas genom återkommande hälsokontroller. Därigenom kan orimliga arbetsvillkor, ohälsa och sjukdom upptäckas i ett tidigt skede.

” Vi har ryggar, vi har långtidssjukskrivna och korttidssjukskrivna, det är en ond cirkel alltihop, men vad gör vi - egentligen ingenting - åt det.”

”friskvården som jag tycker är totalt förfelad inom Stockholm stad. Jag har inte sett på något ställe att det fungerar. ... man stimulerar väldigt dåligt personalen att man måste göra något vettigt med den här timmen..”

” det borde satsas lite mer på personalvård eller någonting som gjorde att folk både fysiskt och psykiskt skulle må bättre, för det är nog lite eftersatt över lag”.

Vad äldre sjuksköterskor behöver för att orka arbeta fram till pensionen är ett lugnare tempo och mindre stress. Man är överens om att detta är olösbart utan mer personal inom äldreomsorgen.

”Förändringar tycker jag att jag upplevt sedan -92 ... det är ingen arbetsro, det är för mycket organisationsändringar hela tiden som pågår, så man hinner aldrig göra det man har ambitioner till. Sen är det personalbristen, ... att det inte finns folk”

Rekrytering och anställningsformer

En viktig konsekvens av utvecklingen som direkt påverkade sjuksköterskornas arbete var rekrytering av utbildade och korttidsanställda, vilket man ansåg har lett till en allmän kunskapsförsämring bland äldreomsorgspersonal.

”Det är många timvikarier nu, det cirkulerar väldigt mycket personal, det byts ständigt och jämnt. Dom hoppar från våning till våning tycker jag och försvinner utåt”

”tänk att vi tar folk från gatan, utan någon slags utbildning till detta svåra arbete”.

”...och det där med att plocka upp från gatan att man får göra det ibland och vid behov utbilda personal ... det blir svårt att vara arbetsledare för man har inget folk att arbetsleda som har någon kompetens. Så kvaliteten blir lidande.

Detta belastade sjuksköterskorna som upplevde ett ökat ansvarstagande för att upprätthålla kvaliteten i det utförda arbetet. Man menade också att rekrytering av utbildad personal ledde till brister i etik och arbetsmoral, eftersom många som saknade utbildning också visade brist på intresse och förståelse för själva arbetet, dvs. vårdtagaren. Utan att formellt vara handledare för nyrekryterad personal, tog man på sig den rollen utöver sina andra arbetsuppgifter.

”biträde det är inte samma biträde som var förut... utbildning, tänk undersköterska det är inte samma undersköterska som förut. Nu kan man inte lämna en undersköterska dom kan inte ta blodtrycket. Så det förändras, dom får inte den kunskap som dom gör.”

” undersköterskorna har inte samma kvalitet som det var förut... Så det är ett jättehinder, jag tror att dom tröttnar ut sjuksköterskorna den här utbildade personalen, dom ger upp”

” det måste man predika, predika, predika vad som skall göras och det tycker jag inte att man skall behöva ... säga grundläggande saker.”

Man såg också att organisationen genom korttidsanställningar och tillfälliga vikarier gjorde stora förluster genom att inte ta tillvara kompetens.

Vad som skulle underlätta arbetet för äldre sjuksköterskor var därför en mer utbildad, kompetent personal med större människokännedom och som visade större intresse för att arbeta med äldre människors dagliga liv.

”här tycker jag att utbildad personal är ett hinder. Man når inte det där målet som man skall nå med patienter”

”på arbetsplatserna skulle jag önska lite bättre chefer...jag tycker att här är inte avdelningsföreståndarinnorna alltid så kompetenta...utbildning innan dom blir föreståndare, det skulle påverka...arbetsmiljön hemskt mycket.”

Bättre kontinuitet i personal och arbetsrutiner skulle spara in stor del av den tid som upprepat måste användas för elementär undervisning i det dagliga arbetet. I flera fall upplevdes också språksvårigheter hos personalen som ett hinder i arbetet. Man kände osäkerhet om de instruktioner som getts hade uppfattats och tog på sig ett informellt ansvar för att följa upp och kontrollera.

”Dom kan inte prata svenska, dom kan inte skriva sitt namn och det tycker jag kanske kommunen kan satsa mer för dom invandrare som jobbar nästan 95% är invandrare”.

”inte det att dom inte är duktiga men vissa förstår inte så bra svenska, ... med gamla människor blir det svårt”

Sjuksköterskorna ansåg därför att arbetsvillkoren kunde förbättras genom en mer genomtänkt personalrekrytering, rekrytering av fast personal som var utbildad för arbetsuppgifterna och som stannade kvar längre i organisationen. Kontinuiteten skulle vidare underlättas med mindre personalbyten mellan arbetsplatser.

För att uppnå detta menade man att vård- och omsorgsarbete måste bli attraktivt och uppskattas som det viktiga arbete det är. Rekrytering av utbildad personal kräver också en annan lönebild för de anställda. Här ges media en del av skulden genom att ensidigt visa upp bara den negativa bilden av vård och omsorgsarbete.

”Nu gör dom så här på vårdskolorna - när dom inte får elever till undersköterskeutbildningarna tar dom ut den äldre kategori som finns på olika institutioner inom kommunen och satsar på dom och det är förnuftigt tycker jag för dom kanske stannar”

Man vill föra ut den goda bilden av vård- och omsorg för att få ungdomar intresserade av vårdutbildningar och ett framtida vårddyrke.

Tydlig sjuksköterskeroll – tydligt ansvar

En viktig förbättring i sjuksköterskornas arbete skulle vara en tydligare yrkesroll och ett tydligare yrkesansvar och mindre vida ansvarsområden. Det var en bred uppfattning att sjuksköterskornas roll hade förändrats. Ansvarsområdet hade breddats successivt både vad gäller typ av arbetsuppgifter och antalet vårdtagare som man ansvarade för.

” den har svällt ut hela sköterskerollen i kommunen, det har blivit så brett att man skall göra allt. ... jobbar man länge på ett ställe blir man typ alltiallo ... från minsta praktiska sak med att byta lampor eller fixa faxen... sen ska man också åt andra hållet ta över enhetschefens roll och vara arbetsledare och vara som arbetsgivare så jag tycker att det har blivit för brett. Det måste bestämmas någonstans lite mer för vi klarar inte av hela bredden, man kan inte stå till tjänst med alla frågor”

”...sjuksköterskerollen inom kommunen... någonstans skulle man behöva begränsa den ... beror på hur man är som människa, att man försöker ställa upp på allas krav, också och kunna sätta gränser för vad är mitt jobb, att vara professionell ...”

Avgränsning och prioritering av arbetsuppgifter uppfattades mycket tydlig. Man såg en försämring på så sätt att man arbetade med många uppgifter som inte var specifika för sjuksköterskors kompetensområde.

”... vi behöver en arbetsbeskrivning på våra sysslor... en arbetsbeskrivning vad vi skall göra för något, absolut konkret skriftlig här vill vi veta vad vi inte ska syssla med”

Att man inte fick använda sin kompetens och erfarenhet rätt uppfattades som underkvalificering och som ett hot mot identitet, självkänsla och yrkesstolthet.

”måste börja säga ifrån sig också och vara stolt, att det är ingen annan som kan det som jag kan som sjuksköterska. Ibland undrar jag om kommunen vill ha oss som sjuksköterskor. För det är ju arbetsledare man skall vara, det prioriteras inte alltid inom kommunen att man är sjukvårdskunnig heller”

Bristen på en professionell yrkesroll ledde vidare till en bristande auktoritet när det gällde att instruera annan personal. Den otydliga yrkesrollen ansågs också vara en orsak till att många sjuksköterskor valde bort äldrevården och hellre valde att arbeta inom landstingsvården, där man uppfattade sjuksköterskerollen tydligare.

”...dom respekterar en inte som arbetsledare det är alldeles åt skogen ibland är det”

”...det är många som har gått också från kommunen för att dom finner det lättare att arbeta i landstinget för där är sjuksköterskerollen mycket tydligare”

Man ansåg vidare att synen på sjuksköterskornas yrkesroll hängde intimt samman med den låga lönen. Man ansåg att äldre sjuksköterskors kompetens och erfarenhet måste uppmärksammas och ge utslag i en högre lön kopplad till ansvaret.

Uppfattningen var att äldre sjuksköterskor borde arbeta mindre med rent rutinarbete och i stället mer med handledningsuppgifter, där man kunde dra nytta av den kompetens och erfarenhet man byggt upp under många år.

”... viktigt att det skall vara äldre sjuksköterskor i branschen ...dom ger någon slags trygghet och man får någon slags lugn på jobbet när det är äldre på jobbet som visar att så här kan du göra och sen kan dom också stödja om man nu inte gör perfekt ... de skulle helst betala mer till alla personer som är över 63 eller 62 år och jobbar i sjukvården... belöna dom på något sätt och vara liksom mer rådgivare”

”...också att byta arbetsuppgifter, ... man är ung, man tror att man klarar allt lika bra som när man kommer att bli äldre men det är inte så, största hindret är nog i kroppen, vi tänker ju, vi kan dom här sakerna och vi tänker och det är i minnet men kroppen är ett hinder. Så att man måste sakta, få lite lite lugnare tempo, få byta arbetsuppgifter och få jobba lite på annat sätt än man gör med rutinmässiga jobbet ...”

Viktigt är att handledningsansvar inte ytterligare vidgar sjuksköterskors ansvarsområde. Om sjuksköterskan ska ta ansvaret för att handleda annan personal, måste hon samtidigt avlastas andra arbetsuppgifter i motsvarande grad.

Ansvar och den psykiska arbetsbördan

Sjuksköterskegruppen diskuterade mindre en fysiskt tung arbetsbelastning (utom när det gäller arbete på natten) men kände större behov av en avlastning vad gäller den psykiska påfrestningen.

”rent fysiskt känner jag att det är inte så där väldigt tungt än i alla fall, som det ser ut idag men sedan kan man ju inte sia om framtiden, om det blir ännu sämre klientel som kommer dit och färre syrror”

I sjuksköterskegruppen var man överens om att det behövdes fler sjuksköterskor för att minska ett psykiskt tungt ansvar. Det finns för få sjuksköterskor för att man inom sin grupp ska kunna dela ansvar och arbetsuppgifter och för att kunna ge varandra möjlighet till paus och en stunds återhämtning.

”För det första så behöver vi flera sköterskor hos oss, för vi har 50 boende och man har ju dokumentationsansvaret för 16 boende/sköterska och man hinner inte med 16 boende göra det man ska göra enligt alla lagar och enligt vad vi borde och vill göra... det skulle räcka med 8 t ex ... det skulle vara ett stöd att vara fler det är det första. Och sen att man fick kompetent personal det är det viktigaste, att man har folk som vet vad man pratar om.... man får upprepa och man vet inte "har dom hört det" ...

”arbetsbördan och arbetsbelastningen är maximalt högst på vårt plan vi är bara två stycken och sen har vi 31 patienter och ungefär tre patienter kan gå och stiga upp själva från sängen och just det här att dom kan inte ligga stilla 10 timmar i sängen så att man måste gå och vända, man måste höjda och pumpa upp sängarna, höja huvudändan, höja fotändan det blir så maximalt stor pressning för kroppen så jag har tänkt att någon tyngdlyftare kanske inte jobbar på det sättet som vi jobbar på natten. Fast vi använder sån här mobillyft också till dom här patienterna som går uppe för dom ramlar ofta då kanske det blir ungefär, jag räknade någon gång att om en patient ramlar 3 ggr/timme kommer upp och ramlar igen så att man är helt slut efter arbetspasset fast man använder, om man har teknik. Man kan inte säga att man inte har teknik men det är alltid så att man vet inte hur den här boenden svänger sig eller reagerar ... man kan göra sig illa fast man kan göra rätt saker.”

Sjuksköterskor inom äldreomsorgen arbetade ofta ensamma utan att kunna rådgöra med yrkeskollegor. Ofta krävdes stort ansvar och en beredskap för att hantera det akuta och oförutsedda, särskilt i nattarbetet. Vad som nämndes som belastande i detta avseende var bl.a. patientvåld mot personal och att man allt oftare måste ta ansvar för akut sjuka vårdtagare som kommer från sjukhusen.

”man borde inte ta in sjuksköterskor som kommer från utbildningen direkt till sjukvården för där står man ensam - du ska ta beslut, du skall dokumentera, du skall kunna hämta läkare när det behövs”

”Vi jobbar ensamma på nätterna. ... ansvaret är så stort och de är så sjuka, att det finns så mycket akutfall - när jag jämför med tidigare när jag jobbat skulle man ha skickat dem till intensivavdelningen eller till invärtesavdelningen om man blev så sjuk som man blir här i sjukhemmet... så svåra situationer och sen att inte ha utbildade undersköterskor så man får dålig hjälp... ett stressmoment i alla fall för mig.”

”... vi ska klara hela situationen fram tills dom dör med dropp och med blod och alltihopa vad därtill behövs och läkarkontakter och helst kunna bedöma det mesta själv för doktorn har vi inte tillgång till hela tiden. Så på det viset har vi ett stort ansvar som sköterskor också. ...”

”om det blir akut situation ... så tungt har jag inte jobbat i hela mitt arbetsliv som jag har jobbat här. Sen den här psykiska sidan också när vi har väldigt svåra patienter och man får mycket slag och spark de biter och river så det gör den här situationen svår.”

”... vi får ju allt sjukare och sjukare patienter från sjukhusen så där blir det ju ganska tungt, för då är det dropp och det ena med det andra och vi har så små resurser för det skall ju vara korttidsboende för rehabilitering men det stämmer inte alltid.”

Man måste också ha beredskap att hantera anhörigas förväntningar och ångest. I detta arbete kände sjuksköterskorna ett tungt ansvar för att sätta gränser för sitt arbete. Lagar och föreskrifter är oändliga i skyldigheter och krav och det krävdes tid att sätta sig in i alla nya regler. Här efterlyste man stöd för prioriteringar och gränssättningar. Sjuksköterskorna kände stort ansvar för kontakten och bemötandet gentemot vårdtagare och anhöriga men kunde inte ta beslut om behandling. Man kände att ingen vågade prioritera eller sätta gränser för det arbete som var sjuksköterskans ansvar att verkställa.

”anhöriga har så oerhört mycket mer förväntningar och dom sätter också mycket krav på hur man ska ha det där slutskedet... det är anhörigdropp...Det är deras egen ångest.”

”... ingen som vågar sätta gränserna, läkarna vågar inte sätta gränser. Vi kan inte ta det och vi får inte ta det heller. Och det skall vara med anhöriga när det skall sluta men det där är jättesvårt, för dom har svårt att sätta gränser och det är svårt att sätta gränser, det är inte lätt för en läkare heller. Men det måste vara någon människa men det hamnar på vårat bord för mycket.”

”Sätta dropp då får man inte avbryta enligt Socialstyrelsen, man får inte avbryta. Det är lika bra man får diskutera vad man skall göra innan”

Bland sjuksköterskorna fanns önskemål om ett tydligare och bättre ledarskap på flera arbetsplatser. Sjuksköterskorna hade behov av bättre uppskattning från chefer.

Arbetstider och önskescheman

Återhämtning efter pressande arbetspass var ett återkommande tema i sjuksköterskornas diskussion. Särskilt belastande ansåg man tunga arbetsscheman vid heltids nattjänstgöring där man arbetade flera nätter i sträck och även helger. Ofta arbetade man som ensam sjuksköterska på natten med ansvar för många vårdtagare, vilket innebar att man själv måste ha beredskap för att snabbt ta beslut i akuta situationer. Det krävdes beredskap för att kanske ensam hantera svårt sjuka vårdtagare, oförutsett patientvåld och för att kunna bemöta anhörigas förväntningar och ångest. Nattarbete kunde också innebära en betydligt tyngre fysisk belastning. En stor förbättring skulle vara kortare arbetstider för nattjänstgörande sjuksköterskor eftersom alltför många nätter i rad var mycket tröttande och gav avkall på effektiviteten.

”många på landstinget dom har schema ... sköterska vårdbiträde undersköterska som jobbar natten, det finns schema så man kan rotera, det är kanske skillnad på möjligheterna att få det, om det fungerar ... man behöver inte jobba 5 nätter, man är inte effektiv att jobba 5 nätter idag det tycker jag inte”

Vad som skulle kunna underlätta arbetet för äldre sjuksköterskor var en generell större flexibilitet vad gäller arbetstider. Det behövdes många olika arbetstidsscheman och mera individuellt anpassade arbetsscheman. Man såg att många sjuksköterskor

slutade på grund av alltför tunga scheman som var oförenliga med ett socialt liv. Trots att flexitid införts kunde möjligheten inte utnyttjas av sjuksköterskor av den orsaken att det fanns för få sjuksköterskor som kunde byta av varandra. Sjuksköterskor som arbetade natt kunde på vissa arbetsplatser inte utnyttja flexitid. Eftersom ekonomin inte medgav anställning av ny personal, måste avbytaren komma från samma arbetsplats. Alla såg fördelar i att själv ha inflytande på arbetstiderna.

”Sen det där med arbetstider också, jag tror många syror, ja hoppar av men ett av skälen är ju det här klassiska hemska schema med förmiddag eftermiddag och varannan helg och brutna turer det är stort skäl att folk hoppar av. Folk vill ha fritid, dom vill ha det sociala umgänget jobbet är ju liksom inte allt. Så där också behövs ju en förändring, olika scheman, personliga scheman”

”uppmuntra dom och se till att dom får den uppmuntran dom behöver för att få dom att stanna kvar....Arbetstider och normala arbetstider.....Att dom får välja sin tid den tid dom vill arbeta och tillmötesgå dom lite grand.”

Samtidigt hade man både bra och dåliga erfarenheter av prövade önskescheman. På en del arbetsplatser hade önskescheman snarast skapat konflikter och missnöje bland personalen medan de på andra arbetsplatser fungerade bra och hade förbättrat arbetstrivseln. På arbetsplatser där man prövat lättscheman med eget val av arbetstider hade man haft problem att täcka alla turer. Det fanns alltid tider som av de flesta ansågs som mindre åtråvärda och som alla helst ville undvika. På en annan arbetsplats fungerade ett 5-6-veckorsschema där arbetspassen fördelades genom schemaauktion.

Ett mera långsiktigt önskemål var vidare förbättrade möjligheter till tjänstledighet för utbildning eller möjligheter till friår, vilket skulle ge möjligheter att efter pressande perioder i arbetet, syssla med någonting annat under en begränsad tid för att sedan kunna komma tillbaka med nya krafter och nytt engagemang.

”Och ett friår skulle vara också bra så att man får göra någonting annat och sen kanske få ett friår att man kan få lön ungefär 80% av lönen och sen får man en arbetslös istället, det är bra.”

Utbildning, fortbildning, utveckling

Alla sjuksköterskor var överens om betydelsen av kontinuerlig vidareutveckling i arbetet. Detta påverkade i hög grad arbetstrivseln. De flesta i sjuksköterskegruppen ansåg också att de hade möjlighet till nytt lärande och var positiva till de utbildningar som erbjöds. Flera hade positiva erfarenheter av handledning. Det fanns ett starkt behov av fortsatt handledning från samtliga, gärna i grupp.

Det fanns också stort behov av såväl extern som intern utbildning för sjuksköterskorna, särskilt när det gällde att få tillgång till nya kunskaper i teknik och medicin. Både tekniska och medicinska kunskaper utvecklas i en hög takt idag och man såg att kunskapskraven successivt ökade på arbetsplatserna.

” maskiner hur dom fungerar och elkrafter och vad får man använda, respirator, syrgas och hantera allt sånt här.”

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan gjorde kontinuerliga besök på arbetsplatserna för att uppdatera sjuksköterskor i nya regler och lagar för att vård och omsorg

skulle uppfylla de medicinska kraven. En viss ambivalens uttrycktes över dessa besök som gav en påminnelse om personalens otillräcklighet och som skapade vanmakt över att inte ha möjlighet att tillfredsställa alla förväntningar. Det ställdes krav på att vara uppdaterad i nya medicinska rön och behandlingsmetoder. Ny utrustning och apparatur måste användas rätt. Det här var något som sjuksköterskorna kände oro inför och som skapade en rädsla för att göra fel. Man kände inte heller att organisationen gav tillräcklig tid för att hinna läsa in alla föreskrifter.

”MAS:en ibland är hon som så långt borta samtidigt blir man irriterad när hon kommer för det är som du säger pärmar och nya föreskrifter och författningar och så känner man men gud vilket dåligt arbete vi gör, vi följer ju inte allt detta hon kommer med. Jag vet inte MAS:ens roll, ja jag vet inte”.

”vi har bytt flera MAS:ar på ett år gång för dom orkar inte, blir inte accepterade heller i kommunen känner sig inte välkomna. Dom samarbetar inte bra med ledningen... Kanske man är en brottsling som jobbar hela tiden som man gör. Men vi har inte förutsättningar och det är ingen som ser till att vi få förutsättningar att göra enligt lagar och paragrafer Man har alltid dåligt samvete.....”

Olika slag av utbildningar och olika former av lärande, såväl externt som internt anordnade lärotillfällen diskuterades i gruppen. Man önskade mer av kommunens egna utbildningar.

Många var osäkra och kände behov av att bli stärkta i sin arbetsledarroll. Arbetsledarutbildningar som förekommit var uppskattade. Det fanns behov av mer sådan utbildning men även av gruppnätverk för att stödja varandra i arbetsledarrollen.

”Och så behöver man bli stärkt i sin arbetsledarroll. Jag vet inte hur mycket dom har på sjuksköterskeskolorna idag men då på 80-talet när jag gick var det väldigt lite arbetsledning”

”Ska man jobba fram till 65 och kanske längre så är det nog viktigt att man har ett sån där ställe att en gång i månaden, en gång i kvartalet att man kan gå och prata om det antingen i grupp eller... Och det borde det finnas resurser till utan att man skall behöva söka det från någon fond”

”och det beror på också vilken chef man har, om man själv engagerar sig ..”

Hur stor tillgång man haft till kompetensutveckling varierade från arbetsplats till arbetsplats. Ledningen, tiden och det egna intresset var också avgörande.

Hur kan den inre organisationen underlätta arbetet för sjuksköterskorna?

Ständigt återkom man till att arbetsrutiner måste ses över för att skapa ett effektivare arbete. Med ett effektivt arbete menade man att göra rätt saker, inte att bara arbeta fort med många uppgifter. Det fanns starkt behov hos många av att se över hur tiden skulle fördelas mellan pappersarbete och patientarbete. Flera ansåg att man idag lägger alltför mycket tid på dokumentation, blanketter och kvalitetshandböcker och alldeles för lite tid på vårdtagarna.

”... papper, papper, papper, papper. I augusti fick jag en chock ”vad håller jag på med”, jag fick någon konstig känsla i kroppen, vad är det vi håller på med, det bara svämmade över av papper man skulle ordna. ...det var kvalitetshandböcker hit och dit och det skulle bankas in i personalen och läsas, det var dom man sysslade med, inte med dom boende, det är det minsta och det tycker jag är hemskt.”

Man såg stora vinster i en samordning och ett ökat samarbete med biståndsbedömare och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Det skulle öka kunskapen och ge bättre förståelse för andras arbete. Man såg att man från arbetsplatsen kunde bidra med viktiga synpunkter och viktig information kring patienten vid biståndsbedömning, vilken i stället enligt sjuksköterskorna gjordes av någon som vårdtagaren var helt okänd för. Att ges möjlighet att reflektera tillsammans utifrån olika yrkesgruppers perspektiv på äldres vård och omsorg kände alla som angeläget.

”När biståndsbedömare har varit och t ex gjort en bedömning hur ni har satt upp hela den här raddan från morgon till kväll och det är promenader och det är hippsan och hoppsan och jag bara känner - snälla du, det primära gör vi givetvis mat och dryck och kläder men promenader...”

Alla upplevde en brist på kontinuitet i organisation och arbetsrutiner – en konsekvens av omställningar och personalbyten och brist på tid. Detta upplevdes mycket belastande och tärande på krafterna och ledde in i en ond cirkel av följdproblem.

”Det är det ständiga, tycker jag, när man träffar sin personal på morgonen att det är lite folk, det är sjukskrivningar och hur skall vi få den här dan ihop. Det går så mycket kraft på dom här 15-20 minuterna innan vi går ut och jobbar för då har musten litet fallit. Och sen hör man ”jag har inte hunnit ta lunch” bland personal. Det håller likasom inte i längden. Här blir inga duschar gjorda. Och så går man in till de boende ”tänk att det är 3:e veckan och jag får ingen dusch” osv osv. Det är det här som lite sliter på en eller i alla fall att man anammar det och tycker ”men usch, ska de vara så här”.... För kommunikationen, det är oerhört viktigt det här, dagliga korta samtal med den boende, det förgyller deras dag om man sitter extra 5 minuter. Gå till politikerna och tala om att så här ser det ut, vi tar dom från gatan dom har inte utbildning, dom kan inte svenska, dom har höll jag på att säga ”knappt intresse” det är deras inkomst. Vad gör vi, verksamheten måste gå runt, dom boende måste få sin hjälp, vad gör vi – ska vi stänga stället?”

”...vi kvinnor vi hankar fram, vi byter pass med varandra och många av våra tjejer jobbar först fram till kl 4 och då saknas det folk till kvällspersonalen då fortsätter dom och går till 9 halv 10.”

”Sen har det blivit så pressat för mycket personal också så att det blir det rent fysiska praktiska som skall göras. För sätter man sig i en halvtimme, 10 min- en kvart och bara pratar med en människa, tittar dom i ögonen och pratar med dom, så värderas inte det som arbetsinsats nästan. Utan det är bara det där du håller på med kroppen och det här själsliga bemötandet som både ger personal mera och ger dom boende mera det har vi inte tid med....Helt vansinnigt orationellt arbete också, effektivt, men jag menar vad ger det, trötthet, vi är ju helt slut. Kastar i dom lunch och i sängen och sen pustar vi och orkar ingenting på eftermiddan.”

Tiden tillät inte möten för att samordna verksamhet eller för att reflektera och diskutera det vardagliga arbetet. Detta ledde till en kortsiktig planering som löste den akuta situationen från dag till dag snarare än att hitta mera hållbara lösningar för att skapa kontinuitet för framtiden.

”Vi är dåliga på att föra fram också som sköterskor och vårdpersonal. Överhuvudtaget att vi för upp det längre, vi ältar och vi pratar och vi ser alla problem och så försöker vi lösa dem provisoriskt hela tiden och vi har svårt att få ner det, dels orkar vi inte och dels har vi inte möjligheterna ? ... någonstans måste man dra en gräns och försöka börja lyfta problemen uppåt för det är inte egentligen våra problem.”

”sen att man på sin arbetsplats tittar lite på arbetsrutiner och hur man gör och hur man delegerar så att det skall bli effektivt...”

Åtgärder som kunde underlätta både för de äldre sjuksköterskorna och för annan personal var inplanerade tider för mer långsiktig planering av verksamheten vad gällde rutiner, arbetsformer, prioriteringar men också för introduktion och utbildning för yngre nyanställda.

Äldre undersköterskor och vårdbiträdens arbete - hinder och möjligheter

Undersköterskorna och vårdbiträdena hade arbetat inom vård och omsorg från 3 ½ år till 34 år. En av de intervjuade kunde tänka sig att arbeta tills hon blev 70 men de flesta skulle försöka arbeta till 65 eller så länge kroppen tillät. Man fick ta ett år i taget och se om man orkade. Någon skulle kunna tänka sig att gå i förtid, men bara med full pension. Den privata ekonomin var en viktig faktor. Många ansåg sig inte ha ekonomiska möjligheter att sluta i förtid.

”Jag har tänkt försöka jobba till 65 men ibland så känns det ”jag orkar inte en dag till”.

De flesta som intervjuades trivdes med arbetet. Viktigast var den sociala kontakten med de gamla människorna, att prata med och lära känna dem. De tyckte om äldre människor och menade att de hade så mycket att ge tillbaka. Personalen kände att de gjorde nytta när de gamla visade tacksamhet och de anhöriga uppskattning. Närhet till arbetet och en vacker omgivande miljö hade också betydelse.

”Det är det man lever på att man får så mycket tillbaka av dom. Man ger och så får man tillbaka. ...man känner att man har gjort nytta och att dom är tacksamma ...”

Fysisk belastning och arbetstakt

Vårdyrket innebar ofta tunga lyft av patienter i olika situationer. Den fysiska belastningen hade medfört att de flesta i intervjugruppen hade någon kroppsdel som värkte.

”Jag jobbade i helgen nu och då har vi ju larmtelefoner, så vi fick börja med att ta upp en tyngre vårdtagare på morgonen vid halv 8Sen fick vi ta upp nästa i samma viktclass och sen har man ont. Så i söndags morse var jag gråtfärdig hemma, så ont hade jag.”

Alla hade fått instruktioner om hur man skulle lyfta, detta ville man ha kontinuerligt. Men det var viktigt att det som lärs ut är adekvat för arbetsuppgifterna. Många av intervjuade menade att den kunskap i lyftteknik som de fått i en undervisningssituation ofta var svår att efterleva i de dagliga arbetssituationerna som kunde se helt annorlunda ut.

”...det hjälper inte om man har en sjukgymnast som står och visar hur man skall stå och lyfta... det funkar inte hemma där det är trångt och med tokiga sängar, det funkar inte. Då lyfter man fel.

Oftast behövdes flera som hjälptes åt vid lyft och hjälpmedel av olika slag för att underlätta dessa lyft. De fanns för det mesta men inte alltid. Det pressade schemat medförde att personalen inte hann tänka på att lyfta rätt i alla situationer vilket ökade risken för att en olycka skulle inträffa.

”..vi fick börja med att ta upp en tyngre dam på morgonen vid halv 8. ... Vi var tre stycken. Vårdtagaren vägde väl 100 kg och hjälpte inte till själv.”

På servicehusen var det en mera anpassad arbetsmiljö för personalen även om det kunde bli trångt i lägenheterna beroende på att de boende tog med sig för mycket möbler. I vårdtagarnas egna hem var det svårare att anpassa så att det blev en god arbetsplats för personalen. Man försökte bygga om så mycket som det var möjligt men i en redan trång lägenhet kunde inte mycket göras. Patienterna kunde även neka personalen rätt att använda nödvändiga hjälpmedel.

”Många vill ju ens inte ha en sjukhussäng som vi kan höja och sänka när man skall sköta henne i sängen och då blir det ju fel.”

För att orka fram till lagstadgad pension eller längre efterfrågades mindre tunga arbetsuppgifter, en långsammare arbetstakt, mera anpassat schema t e x att inte behöva jobba helger samt kortare arbetsdagar, dock med bibehållen lön. Lättare arbetsuppgifter kunde t e x vara att följa med en vårdtagare på läkarbesök eller andra liknande besök. Detta skulle bli ett avbrott i rutinerna för personalen men samtidigt en trygghet för vårdtagaren att ha någon med sig som de kände väl. Det skulle även öka kontinuiteten i vården eftersom personalen fick direkt kunskap om vad som hänt under läkarbesöket. Andra lättare arbetsuppgifter var att ibland få ta tid för att förgylla tillvaron för vårdtagaren. Det kunde innebära att få möjlighet att laga kläder och sy i knappar, att bara sitta en stund över en kopp kaffe och prata, läsa högt eller att tillsammans åka iväg någonstans på en kort utflykt. Detta skulle öka personalens arbetstrivsel och tillfredsställelsen att vara till nytta för vårdtagarna och samtidigt ge en paus i det övriga rutinarbetet.

Att anställa annan personal som städade och tvättade kläder skulle också underlätta så att vårdpersonalen fick mera tid för vårdtagarens direkta vårdbehov. Förr fanns tvätterskor och särskilda baderskor som badade vårdtagarna, vilket efterlystes idag, då det skulle underlätta genom att minska arbetsbelastningen i mycket hög grad för vårdpersonalen.

Formellt och informellt stöd

Även arbetskamraterna och arbetsledaren var viktiga för trivseln och kontakten med andra yrkeskategorier underlättade arbetet. Tyvärr var trenden på många ställen så att man centraliserade paramedicinare vilket försämrade möjligheten till spontana möten.

”Det skulle vara så att man hade sjuksköterskor, undersköterskor och arbetsterapeut osv. plus vårdbiträden. Att alla jobbade tillsammans på ett ställe. Men så är det inte. Utan då flyttar först arbetsterapeuten upp dit och sen ska alla sjuksköterskorna flyttas upp dit och då träffar man inte dom dagligen så man kan inte diskutera och ska man ringa till dom så finns dom aldrig.”

För hemtjänstens personal blev det mycket ensamarbete där kontakten med arbetskamrater i bästa fall bestod av sporadiska träffar på vägen till eller från vårdtagarnas hem. Att arbeta på en mindre enhet upplevdes tryggare och medförde en tätare vardaglig kontakt mellan arbetskamraterna.

”Jag jobbar på ett litet servicehus och där är det mycket trevligare än att vara på ett större. Man kommer närmare alla kategorier. Sköterskor, sjukgymnasten och arbetsledaren jobbar tätt.”

Att arbeta på en stor arbetsplats med många enheter innebar att personalen måste vara beredd på att gå till andra enheter för att täcka upp vid frånvaro. Detta medförde

att man inte kunde planera sitt arbete långsiktigt utan måste ställa om sig från dag till dag. Kontinuiteten blev lidande för både personal och vårdtagare.

”Man blir skickad runt hela huset om man har många enheter. Man slår sönder gruppen på morgonen, du ska hit, du ska dit och kanske två står kvar här, det är inte alls roligt.”

Att få tid att träffa arbetskamrater och att få prata av sig var ett gemensamt önskemål. Att inte ensam behöva gå och bära på de dagliga bekymren utan att få ventilera dem och diskutera lösningar med andra kändes avlastande. Några av de intervjuade hade haft extern handledning och tyckte att det varit ett bra forum för att få sådan avlastning i.

”...handledning ja, det skulle alla ha, det var skönt, allt liksom rinner av en som man går och bär på, det var toppen.”

”Vi har också haft detungefär en gång i veckan och då fick man också säga sitt hjärtas mening, en del satt där och grät. Det var så härligt att få tala rakt ut....”

De formella mötena upplevdes mycket olika. Hur ofta de hölls liksom innehållet i möten varierade mycket. Några hade välplanerade möten en gång i månaden medan andra hade ett kort intensivt möte varje dag. Det var lättare att samla personalen i servicehus än inom hemtjänsten. Pressade arbetsscheman på för lite personal medförde att mötena oftast handlade om att akut avhjälpa den aktuella situationen för dagen. Andra frågor fick anstå till en annan gång eftersom personalen upplevde att mötestiden inkräktade på vårdtagarnas tid. Samtidigt menade de flesta att det behövdes mer tid för att prata om sin arbetssituation och för att planera arbetet mera långsiktigt. Men det var viktigt att schemalägga mötestiden så att personalen inte upplevde att mötestiden tog tid från vårdtagaren.

”Sen en gång i månaden har vi två timmar för arbetsplatsträff. En timme är det då informationoch sen pratar vi en timme om det är något problem och det tycker jag är bra. Förut hade vi oftare – det blev inte så bra.”

”En gång i veckan har vi möten mellan halv ett och ett. Då sitter alla med sina scheman, så här; – Jaha är det någon som har någonting att säga. – Nej vi måste iväg för den och den ska ha mat. Och så blir det bara så.”

”Vi får ju aldrig göra ett arbete ordentligt, man hattar från det ena stället. ...Som t ex jag ska lägga om sår och så går larmet, då måste jag gå och torka bajs på en som sitter på toan. Det är så ostrukturerat.”

I intervjuerna kom fram att personalen tyckte att det var svårt att få gehör för sina synpunkter på arbetssituationen. Arbetsledarna upplevdes som ganska osynliga. Det intervjuade menade att deras arbete mest bestod i att försöka få tag i vikarier och att delta i olika möten. Att ha en arbetsledare som bryr sig om sina medarbetare och tar sig tid att lyssna underlättade mycket. Det var också viktigt att arbetsledaren var väl insatt i arbetsförhållandena. Detta ökade förståelsen för personalens arbetssituation och gav större möjligheter att underlätta för personalen i det dagliga arbetet och att planera arbetet på sikt.

”Vi har fått en ny chef. Hon har blivit kommit med en bra förfrågan.....och det var ju väldigt positivt. Hon stannar och lyssnar och man kan prata med henne..”

”Prata mera. Prata med kamrater, prata med chef. Gå upp till högsta nivå och prata om man har bekymmer. Att man inte går och bär på det.”

Möjlighet till återhämtning och kontinuitet

Vårdbehovet har ökat och kommer att öka i framtiden med allt fler ”äldre äldre” vårdtagare. Personalen har inte ökat i samma utsträckning vilket innebär att färre personal skall vårda fler vårdtagare. Belastningen på personalen har ökat och vårdtiden för vårdtagarna minskat. Personal som arbetade natt eller i dagverksamheten upplevde ett lugnare arbetstempo och större kontinuitet i sitt arbete. De som arbetade dagtid i servicehus och hemtjänsten hade ett pressat tidsschema för att hinna med de vårdtagare som fanns uppsatta för dagen. En personal i hemtjänsten hade så pressat schema så att gångtiden mellan vårdtagarna inte fanns avsatt i schemat. Detta innebar för personalen att man själv var tvungen att prioritera vilken vårdtagare som skulle få ”offra” sin vårdtid för att personalen skulle kunna förflytta sig till nästa vårdtagare. Detta medförde skuld känslor.

”Och sen ska det blir bättre, säger dom, på nyåret. För då ska vi få såna här gångpengar också eller gångtid. Få betalt för den tiden som det tar att gå emellan. Men det blir ju inte till oss vårdbiträden.”

Personalbrist var något som de flesta tog upp som ett stort problem. Om en personal var frånvarande fanns oftast ingen ersättare att tillgå. De vårdtagare som då blev ”oplacerade” delades upp mellan den befintliga personalen som fick ytterligare pressade scheman. Detta i sin tur medförde att varje vårdtagare fick mindre tid, vilket innebar att personalen endast hann med det allra viktigaste. Personalen fick dåligt samvete och vårdtagarna blev missnöjda, vilket ytterligare skuldbelade personalen.

”Det är ju tiden där, det är tiden som är knapp för varje pensionär. Tiden dras ju ner mer och mer..”

”...det är oplaceratoch då delar dom ut dom på alla, har man 45 minuter på en vårdtagare får man dra ner till 30 minuter och det är inte så mycket man hinner på 30 minuter.”

”Får man klagomålslappar är det för vi inte har hunnit städa, för själva omvårdnaden går ju i första hand....man har ständigt dåligt samvete att man inte hinner.....”

Att arbeta i ett människovårdande yrke innebar att man inte kunde stänga av verksamheten vid behov. Personalen kände sig tvungen att ställa upp för patienterna och för varandra och pressade sig till det yttersta. Eftersom personalbrist var ett återkommande problem blev detta en vana mer än ett undantag. Framst upplevdes detta som ett genusproblem.

”Vi kvinnor hankar oss fram. Vi byter pass med varandra och många av våra tjejer jobbar först fram till kl. 4 och då saknas det folk till kvällspersonalen då fortsätter dom och går till halv 10.”

Den personal som hela tiden rycker in och tar andras arbetspass får inte den tid för återhämtning som skulle behövas. Dels beror det på att den ökade arbetstiden ”naggas” på deras ordinarie återhämtningstid, dels på att den utökade arbetstiden inte ger någon ytterligare kompensation till återhämtning.

Som i helgen....vi skulle vara tre stycken. En sjukskrev sig på lördag morgon. Hon hade tecknat sig för både morgonpasset och kvällspasset..... dom ringde och ringde men det fanns ingen som tog det. Då blev det en beordring från oss. Vi var två och hon jag jobbade med var väldigt förkyld, så det blev jag som gick 14½ timmar. Jag var död.”

Den otrygga personalförsörjningen medförde dessutom att personalen inte kunde planera dagen i förväg

”...det här med personalbristen . Om vi är full personalstyrka - ja, då är vi för många. Då plockar dom en, en måste dit och hjälpa för dom är bara två, vi får aldrig vara full personalstyrka.

”Nej planeringen håller aldrig.....Du vet aldrig från måndag till tisdag vad du har.....dom där oplacerade du har, dom måste ju ha hjälp. och sen delar dom bara ut dom.

De inslag, som fanns av social kontakt som var så viktig för personalens och vårdtagarnas trivsel försvann i takt med att schemat pressades i tid. Tidsbristen innebar också att man inte hann vänta på att vårdtagarna själva hjälpte till, eftersom det oftast tog längre tid. Detta åstadkommer en passivisering av vårdtagarna. Allt det som av personalen anses vara stimulerande och anledningen till att de trivs i arbetet försvinner i takt med att arbetstakten ökar. Denna negativa spiral påverkade även vårdtagarens vårdkvalitet – det som upplevs viktigast i arbetet - eftersom lyhördheten för vårdtagarnas önskemål minskade.

”Man får sänka ribban. Det är det som blir jobbigt, att man kvalitetsmässigt och på många andra sätt behöver sänka ribban hela tiden. För att resurserna inte räcker till, för att det inte finns folk...”

Det var svårt att rekrytera ny personal och då framför allt utbildad personal. Arbetsledarens arbetsuppgifter påverkades mycket av detta och de fick lägga ner mycket tid på att försöka ringa in vikarier, omplacera personal och ändra i scheman. Många såg vårduket som ett genomgångsyрке och många unga slutade så fort andra möjligheter gavs. De intervjuade menade att detta berodde på den låga status som yrket hade i mångas ögon och att ledningen tillät att utbildad och omotiverade anställdes i verksamheten.

”.....det är inget yrke egentligen tycker många som börjar. Men jag anser att det är ett bra yrke, ett fint yrke.”

Mycket i vård- och omsorgsarbete är givande även om det för det mesta innebär ett tungt arbete. Men det tunga arbetet är ofta en följd av personalbristen. Istället för att lyfta fram det negativa tyckte de intervjuade att man skulle fokusera på det positiva om man ville locka intresserad personal till äldreomsorgen.

För att öka närvaron hade man på ett ställe infört ett belöningsystem som gick ut på att om personalen arbetade varje dag en hel månad fick de månaden efter en ledig eftermiddag. Avbyttjänster eller vikariepooler, som man hade erfarenhet av sedan tidigare, skulle dels underlätta arbetsledarnas arbete med att hitta ersättare vid frånvaro och dels medföra att den befintliga personalen fick mera kontinuitet i arbetet och hann utföra de uppgifter de var ålagda att göra. Ytterligare förslag till förbättring av arbetsvillkoren framkom för att ge möjlighet till paus och återhämtning. Vad som kunde ge tillfällig avlastning i det dagliga arbetet var ökade möjligheter att skicka iväg vårdtagare till dagverksamhet. Samtidigt som ansvaret fördelades något, kunde personal vid äldreboendet få en möjlighet till återhämtning. Personal i dagverksamhet upplevde inte heller sina arbetsvillkor lika betungande.

Kompetens och kompetensutveckling

Att personalen var väl utbildad och att arbetsledarna hade adekvat utbildning var viktigt. Det var dock svårt att rekrytera utbildad personal. Introduktionens innehåll och omfattning för att sätta in den nya personalen i arbetet varierade mycket mellan de olika arbetsplatserna. Många nyanställda arbetade bara en kort tid och slutade sedan av olika anledningar. Tidigare hade man gratis utbildning och det kom nu upp som ett förslag till att få fram mer utbildad personal. Här kom också belöningsfrågan in. Den individuella lönesättningen gjorde att ny personal fick mycket mer lön än de som hade arbetat i över 20 år och det var svårt att bära för den äldre personalen. De upplevde att den kunskap de inhämtat under lång tid inte värdesattes. För att höja lönen krävdes att man bytte arbete, vilket i sin tur medförde att kontinuiteten blev lidande. Dessutom försvann den ”tysta” kunskapen som personalen fått med åren. Små knep som de inte kunde vidareförmedla till andra.

”Förr var det så att man fick lön efter hur länge man hade arbetat. Men nu kan det komma ganska unga tjejer dom har lyckats höja sina löner mer än en annan som har jobbat hela sitt liv inom vården. Så jag tycker inte om dom där individuella lönerna.”

Kompetensutvecklingen var viktig, framför allt att få utbildning när ny teknik eller nya hjälpmedel infördes. Men viktigt var även att ibland få repetera vissa kunskaper om hjälpmedel så att de inte föll i glömska. Några tyckte att de hade ett stort urval av bra kurser, medan andra menade att det inte fanns så mycket att välja på eller att man inte hade tid att gå på de kurser som fanns. Det var också svårt att få ersättare vilket innebar att de som gick kurser hade dåligt samvete och att den övriga personalen fick överta deras arbetsuppgifter trots att de redan innan hade ett fullt schema.

”Jo, vi får också gå på utbildning, så det är inte frågan om det. Men då är det ju det här att man får dåligt samvete, om det är dåligt med personal. Och då känns det inte så kul att gå på en kurs.”

Den introduktion som de nyanställda fick var väldigt olika med avseende på tidslängd, från en dag till en vecka. Detta upplevdes som alldeles för kort tid med tanke på att många nyanställda inte har någon utbildning innan.

”Så går dom introduktion kanske en dag för vi har inte tid mera.”

En satsning på att attrahera och utbilda ny personal var en viktig fråga för framtiden. Förr var utbildningen fri men nu ville nästan inga söka in på vårdutbildningarna. Många menade att det berodde på den negativa publicitet som äldreomsorgen fått i massmedia. Tidigare hade man sommarpaket för ungdomar där de fick prova på att arbeta några veckor.

”Det är inte bara lönen utan det gäller ju arbetsmiljön och tyngden, det är det som skrämmar dom. Dom orkar inte med det där. Dom läser i tidningarna hur det är, vem söker ett sånt jobb då, när det finns annat att välja på.”

”...då gick Stadsdelsnämnden ut med att tonåringar som ville jobba 3 veckor kunde få inom parkförvaltningen, barnomsorgen eller äldreomsorgen.”

Detta upplevde man som ett bra sätt att skapa intresse hos ungdomar, som sedan kunde bli en inkörsport till vårdutbildningar och till vård- och omsorgsarbete.

Diskussion

Ett generellt intryck från gruppdiskussionerna var att man hellre pratar om vårdtagarnas situation än om sin egen arbetssituation. Det som upplevs bra för vårdtagaren, upplevs också som bra för personalen och personalen far illa när den upplever att patientens behov inte blir tillfredsställt. Det blir en konflikt för personalen när ambition och verklighet inte går att förena och man aldrig känner sig riktigt nöjd med den egna arbetsprestationen. Detta leder till en negativ stressreaktion. Om sådan påfrestning upplevs kontinuerligt under en längre tidsperiod och utan möjlighet för personalen att återhämta sig för att tillföra ny energi, leder förloppet på sikt till ohälsa och sjukskrivning.

De flesta av de intervjuade känner igen sig i medias bild av vård och omsorg även om flera anser budskapet ensidigt då vårdarbetets positiva sida inte förmedlas. På flera av de representerade arbetsplatserna finns personal som är sjukskriven, har ont i magen eller är stressad.

Pågående förändringar påverkar personalen negativt, det finns en stor oro och brist på arbetsro. Personalen har reducerats och färre ska idag utföra samma arbete som det krävdes betydligt fler för 10 år tidigare. Ekonomin upplevs som grundproblemet, ständiga besparingar leder till att extrapersonal sparas in och upprepade omflyttningar innebär ständigt nya möten med ny personal och med nya vårdtagare. Vad innebär det då i förlängningen att arbetsgrupperna slås sönder när man omorganiserar eller att personalen vårdar olika vårdtagare varje dag? De innebär flera problem. Främst motarbetas ett effektivt vård- och omsorgsarbete, som är beroende av kontinuitet, förutsägbarhet och långsiktig planering. I ett känslomässigt krävande vårdarbete är vidare socialt klimat och stöd en buffert för att minska stress. För att skapa förutsättning för ett bra arbetsklimat och ett starkt stöd krävs att arbetsgruppen har en viss stabilitet. För vårdtagaren innebär det en ökad oro om vårdtagarens möte med personalen dagligen innebär konfrontation med nya ansikten.

Det finns dock stora skillnader i arbetsvillkor beroende på vilken typ av verksamhet man arbetar i. Personal som arbetade på natten liksom personal i särskild dagverksamhet uttryckte en betydligt mer positiv bild än personal i hemtjänst eller på servicehus.

Trots att arbetet på många sätt beskrivs som betungande, trivs de flesta med sitt arbete i äldreomsorgen och vill arbeta kvar så länge som möjligt. Man anser sig ha mycket kvar att ge.

Den psykiska påfrestningen av ansvar och otillräcklighetskänslor är av stor betydelse för alla. De fysiska arbetsvillkoren är direkt avgörande för undersköterskors och vårdbiträdens arbetshälsa. Ytterligare en viktig faktor för undersköterskor och vårdbiträden är den privata ekonomin – många anser sig inte ha ekonomiska möjligheter att sluta arbeta i förtid utan arbetar kvar ”så länge kroppen orkar”.

Avgörandet för om man får eller kan arbeta kvar fram till pensioneringen lägger man i arbetsgivarens händer, dvs. i vilken mån arbetsgivaren kan erbjuda en större flexibilitet i arbetsförhållanden, såsom arbetstider, personaltillgång, ansvarsfördelning och fysiska arbetsvillkor. Detta är en förutsättning för att man ska orka. På ett generellt plan avgör också vårdetik och arbetsmoral hur länge man orkar arbeta.

Eftersom vård- och omsorgsyrken är relationsyrken blir de anställdas arbetstillfredsställelse beroende av hur väl eller effektivt patienterna behandlas eller bemöts. I båda personalgrupperna tar upp arbetet med människor som avgörande för arbetsglädje och trivsel. Man diskuterar detta utifrån något olika perspektiv. För sjuksköterskorna är relationen till vårdtagaren den professionella yrkesrollen där man genom sin kunskap och erfarenhet kan vara till nytta för vårdtagaren. För undersköterskor och vårdbiträden är mötet med vårdtagaren själva arbetet och man vill ha en personlig relation till vårdtagaren för att kunna bidra till deras livskvalitet. Eftersom mötet med vårdtagaren är själva arbetet, skapas otrivsel och känslor av otillräcklighet hos personalen då tiden med vårdtagaren minskar och personalen i stället tycker att tiden används till annat än det som upplevs som det egentliga arbetet – tid som stjäls från vårdtagaren.

Undersköterskors och vårdbiträdens belastning i arbetet beror främst på ökande tids- och personalbrist och det ansvar man som äldre lägger på sig när yngre personal inte har den kunskap som behövs för att vårda de äldre. Framför allt belastas man av skam och självförelser när man inte räcker till för att nå upp till sina ambitioner. Den största arbetsglädjen och belöningen i arbetet får man när patienten mår bra och man själv är nöjd med det arbete man utfört.

En börda för undersköterskor och vårdbiträden är de fysiskt tunga arbetsvillkoren, särskilt inom hemtjänsten där man arbetar i patientens hem. Förutom att vårdtagarens hem inte har en anpassad fysisk arbetsmiljö, tvingas man dessutom ofta genom bristen på personal att arbeta ensam. Det är viktigt att inte arbeta ensam vid tunga lyft. Viktigt att tänka på är vidare att om lyftutbildning ges, måste vara adekvat för verksamheten. Hemmet som arbetsplats är ett problem som behöver undersökas närmare. Detta gäller såväl i vårdtagarens egna hem som i särskilt boende. Hur mycket kan och bör hemmet eller servicebostaden modifieras så att miljön passar både personal och vårdtagare utan att inskränka på vårdtagarens integritet. Kan man hitta nya hjälpmedel som kan användas i t ex trånga hem. Att så långt som möjligt ha personalen i fokus vid denna planering underlättar vården i hemmet i längden och medför i sin tur att vårdtagaren kan bo hemma längre.

Den fysiska arbetsmiljön väger tungt för undersköterskors och vårdbiträdens möjligheter att fortsätta arbeta. Man ger också uttryck för ett stort behov av avlastare för vissa arbetsuppgifter såsom städare, baderskor, tvätterskor men även av avbyttjänster och personalpooler för att lättare kunna rekrytera vikarierande personal, särskilt under helger. Viktigast för att den här gruppen inte ska dräneras på sin energi, är att det finns reella möjligheter att använda hjälpmedel, att tiden medger möjlighet till återhämtning och att arbetsuppgifterna prioriteras när tiden inte räcker till.

Personalen, främst undersköterskor och vårdbiträden ser fördelar i ett bättre samarbete med andra grupper och i mer tid för att reflektera tillsammans och planera vardagen i stället för att kommunicera skriftligt via dokumentation kring patienterna. Genom sin nära kontakt med vårdtagare och deras anhöriga har undersköterskor och vårdbiträden i sin erfarenhet samlat stor förtroghetskunskap, som också borde komma andra grupper till del. Genom att reflektera tillsammans, kan den ”tysta” kunskapen tas tillvara i organisationen. Om formella möten var kontinuerliga, välstrukturerade och utgick ifrån arbetssituationen för att underlätta arbetsrutiner och arbetsuppgifter framgick det ut intervjuerna att de utgjorde en stödjande faktor i arbetet. Där har arbetsledaren en viktig funktion. Gruppen upplever sig ”osynlig” i

organisationen och har starkt behov av att bli sedd, hörd och respekterad och av att få uppskattning och erkännande, främst från sina överordnade. Även här har arbetsledaren en viktig funktion genom att vara en länk eller ett språkrör mellan arbetstagarna och den högre ledningen. De kan också styra upp och sätta gränser så att personalen inte belastas för hårt. I intervjuerna menade personalen att arbetsledarna använde merparten av sin arbetstid till att ringa in personal och att bevaka möten. Arbetsledare blev därmed ganska osynliga för personalen och den kontinuerliga vardagskontakten med dem saknades. För att bäst kunna förstå och stödja insatser som underlättar arbetet måste arbetsledaren vara väl insatt i personalens arbetsvillkor.

För att underlätta äldre sjuksköterskors möjligheter att stanna kvar i sitt yrke behövs en tydligare yrkesroll, ett tydligare ansvar och mindre ansvarsområden. Ett lugnare tempo, mindre stress och mindre rutinarbete skulle göra arbetet mera hanterbart.

Det finns en stark önskan från den äldre arbetskraften om större flexibilitet från arbetsgivarens sida såväl vad gäller arbetstider och arbetsscheman som tjänstledigheter för vidareutbildning men också mer tid avsatt för ökat samarbete och samordning med andra personalgrupper och för planering och framförhållning för att göra arbetet mera förutsägbart. Ett stort behov finns av handledning och fortbildning. Bättre kompetens hos annan personal, såsom ledning och yngre nyanställd personal, skulle avlasta ansvarsbördan och underlätta arbetet för den äldre arbetskraften. Introduktionen för de som kommer nya är ett viktigt lärmoment och borde vara mera omfattande. I synnerhet om de nyanställda inte har någon utbildning innan.

I samtliga grupper ges uttryck för ett stort behov av att lyfta problemen i omsorgsarbetet till beslutsfattare men man hindras av att det saknas kanaler för att föra fram budskapet. Organisationsstrukturen gör ledning, arbetsgivare och beslutsfattare anonyma.

”Det finns dåligt med forum för att sammanföra det här jobbet som vi gör med politiker som sitter och beslutar och alla andra som sitter och beslutar en massa över våra huvuden. Kontakten mellan för att skapa en vettig bedömning och komma med lagar som skall kunna utföras det är dåligt. Det finns dåligt med ställen där man tar med folk som oss som är med när man skriver allt det där som ska skrivas. Utan då det kommer får vi säga det här går inte och det här kan vi inte eller så får vi inte förutsättningar till det. Det brister någonstans där, det synkroniserar inte...”

Ambivalens och motsättningar i vårdarbetet – en slutsats

Vård- och omsorgsarbete beskrivs av den intervjuade äldre personalen som ett arbete fyllt av motsättningar och ambivalens. Tid och personal inom äldreomsorgen minskar samtidigt som vårdbehovet av äldre ökar. Bristen på tid och personal är grundläggande, ständigt återkommande och är en underliggande orsak till den ökade belastningen och många andra svårigheter och problem inom äldreomsorgen.

I samtliga grupper frustreras man över bristen på framförhållning och bristen på tid för reflektion och planering i arbetsgruppen. Behovet av tid för möten för detta och för att göra samordningsvinster är stort men upplevs samtidigt som slöseri med vårdtagarens tid. Därför löser man hellre situationen för dagen, vilket både ger tillfälliga och mindre hållbara lösningar och medför kostnader för personalen både i otrygghet och bristande förutsägbarhet och i sämre hanterbarhet.

Ny personal saknar ofta utbildning och får inte tillräcklig introduktion i sitt arbete vilket leder till att den äldre personalen får ökad ansvarsbörda. Även om man känner stort behov av vidareutveckling, får man dåligt samvete av att stjäla tid för utveckling från vårdtagare och arbetskamrater. Trots att kunskapen om hjälpmedel och lyftteknik finns hos personalen, kan den inte användas inom hemtjänsten där den tyngsta fysiska arbetsbördan finns eftersom arbetet sker i vårdtagarens hem och på vårdtagarens villkor.

I samtliga fokusgrupper finns starkt behov av kortare arbetstider för återhämtning men den ständiga personalbristen gör att man i stället tar på sig större ansvar och arbetar dubbla arbetspass av hänsyn till vårdtagare, patienter och arbetskamrater.

Trots att man upplever mötet med vårdtagaren som kärnan i arbetet, menar man att tiden används mer och mer till andra arbetsuppgifter, sådana som inte ingår eller borde ingå i själva arbetet. När tiden inte räcker till lägger man skuld på sig själv och får skamkänslor av att gamlas livskvalitet hotas.

Konkreta förslag till förbättringar

I intervjugrupperna framkom en rad konkreta förslag till förbättringar.

1. Uppföljning och utvärdering av orsaker till sjukskrivningar
2. Uppföljning och utvärdering av konsekvenser av omorganisationer för personalens arbetsvillkor
3. Prioritering av arbetsuppgifter vid hög belastning
4. Bättre regler för friskvårdsverksamheten
5. Återkommande hälsokontroller för den äldre arbetskraften
6. Mer personal och mer kunnig personal. Genomtänkt och långsiktig personalrekrytering med större vikt vid vårdutbildning och intresse att arbeta med människor
7. Bättre och längre introduktion för de nyanställda
8. Prao- och gymnasieelever som sommarvikarier eller praktikanter för att väcka intresse för vård och omsorgsarbete
9. Tydligare yrkesroll och tydligare ansvar för sjuksköterskor
10. Arbetsbeskrivning för att tydliggöra yrkesroller
11. Mer handledningsuppgifter för äldre sjuksköterskor
12. Större flexibilitet i arbetstider genom mer individuellt anpassade scheman. Bättre scheman för arbete på helger och på natten
13. Ökad dagverksamhet för vårdtagare för att ge andningspaus för ordinarie personal
14. Möjligheter till friår och längre tjänstledigheter för utbildning för äldre personal
15. Fortbildning i ny teknik och medicin för sjuksköterskor
16. Arbetsledarutbildning
17. Gruppnetwork för arbetsledande sjuksköterskor
18. Förenklad dokumentation för att ge mer tid till vårdtagare
19. Ökad samordning och ökat samarbete med sjukgymnaster, arbetsterapeuter, biståndsbedömare och medicinskt ansvarig sjuksköterska
20. Avsatt tid för kontinuerliga möten för bättre kontinuitet och mer långsiktig planering av verksamheten
21. Bättre kanaler till beslutsfattare och politiker
22. Bättre lyftteknik och utbildning i lyftteknik anpassad till arbete i vårdtagaren hem samt bättre regler för arbetsmiljön i hemtjänst
23. Mer avlastare och stödpersonal för speciella arbetsuppgifter såsom städare, baderskor, avbytarpersonal vid helger, vikariepool
24. Avsatt gångtid mellan olika vårdtagare i hemtjänst och på servicehus
25. Belöningsystem och mer uppskattning för utfört arbete. Rättvis lönepolicy

Referenser

1. Arbetsmiljön 2001. Sveriges offentliga statistik, statistiska meddelanden. Arbetsmiljöverket och Statistiska Centralbyrån 2002.
2. Ekelöf E & Kindenberg U. Grått guld. Om nio nordiska arbetsplatser som tar tillvara de erfarna. ArbetslivsJournalisterna, 2002
3. Fakta om vård- och omsorgspersonal i kommuner och landsting. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2000
4. Fokusgrupper i forskning och utvecklingsarbete. Tema-nr. Socialmedicinsk Tidskrift, 4, 1999
5. Folkhälsorapport 2001. Socialstyrelsen, 2001
6. Krüger R & Casey MA. Focus groups. A Practical Guide for Applied Research. 3rd ed . Sage Publications Inc, 2000
7. Nylén L & Torgén M. Under vilka förhållanden vill äldre personer yrkesarbeta. Arbetslivsrapport, Arbetslivsinstitutet, nr 2002:2
8. Petterson I-L, Donnersvärd H Å, Hammarström S, Lagerström M & Toomingas A. Ökat inflytande genom empowerment. Utvärdering av ett program för medarbetarutveckling inom Solna stads äldreomsorg. Rapport från Arbets & Miljömedicin, 2002:4
9. Rekrytera och behålla – en utmaning. Svenska Kommunförbundet, 2001.
10. Skogman Thoursie P & Valck L. Vad får oss att arbeta fram till 65? RFV Analyserar 2001:4
11. Skogman Thoursie P & Valck L. Trött på att jobba? RFV redovisar, 2001:10
12. Tillgren P & Wallin E. Fokusgrupper – historik, struktur och tillämpning. Socialmedicinsk tidskrift nr 4, 1999
13. Torgén M, Stenlund C, Ahlberg G & Marklund S. Ett hållbart arbetsliv för alla åldrar. Arbetslivsinstitutet, 2001