

Fem år senare

Uppföljning av arbetsmiljön inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län

Huvudrapport

Lena Backman

Rapport från Arbets- och miljömedicin • 2007:1

Centrum för folkhälsa

Fem år senare
Uppföljning av arbetsmiljön inom
den avancerade hemsjukvården i Stockholms län

Lena Backman

Arbets- och miljömedicin • Norrbacka • 171 76 Stockholm
tfn 08-737 37 00 • fax 08-33 43 33 • amm@sll.se
Rapporten finns även på vår webbplats, www.folkhalsoguiden.se

ISSN: 1651-0321


Stockholms läns
landsting

Förord

Allt fler patienter kommer i framtiden att vårdas i sina hem. Tack vare nya tekniska möjligheter kommer vi i större utsträckning kunna erbjuda även avancerad sjukvård i människors bostäder, särskilt vid tillstånd där korta intensiva insatser kan bli ett alternativ till sjukhusvistelse.

Detta är en mycket positiv utveckling för patienter som kan fortsätta att leva ett så normalt liv som möjligt, där sjukdomen åtminstone i viss grad får anpassa sig till livet, istället för helt tvärtom.

För vårdpersonalen innebär det samtidigt en helt förändrad arbetssituation – från professionella utövare på sin egen spelplan på sjukhus och vårdinrättningar, till att vara gäster i patienternas hem. Självfallet uppstår många komplicerade situationer som inte minst kan vara psykiskt påfrestande. De fysiska svårigheterna med arbete i människors bostäder kan vi avhjälpa med olika hjälpmedel, men en god psykosocial arbetsmiljö är svårare att uppnå.

Vi har i dag kunskap om problemen och möjligheter till lösningar. Som så ofta gäller det nu att omsätta denna kunskap i handling och en god personalpolitik. Det handlar inte minst om ett aktivt förebyggande, hälsofrämjande arbete. Med ökande psykisk ohälsa, också som anledning till sjukskrivningar, är det viktigt med regelbunden avlastning i form av samtal, psykologiskt stöd och inte minst gott chefskap.

Birgitta Rydberg (fp)
Landstingsråd för sjukvårdsfrågor, folkhälsa och psykiatri

Stockholm april 2007

Författarens förord

Under 1999 kom arbetsmiljöhandläggarna i de olika produktionsområdena i Stockholms läns landsting och Arbets- och miljömedicin, Centrum för folkhälsa fram till att en kartläggning av arbetsmiljön för vårdpersonal i den avancerade sjukvården i hemmet (ASIH) i Stockholms län var nödvändig. I maj 2000 genomfördes kartläggningen och utifrån resultaten publicerades två rapporter, Kartläggning av arbetsmiljön inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län (Arbets- och Miljömedicin 2001:1) och Psykiska belastningar inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län (Enheten för Psykisk Hälsa 2003:5). Ett nätverk för arbetsmiljöfrågor bildades för personalen inom ASIH med stöd från Arbets- och miljömedicin. Under de tio möten som genomfördes, användes idéer och förbättringsförslag från kartläggningen som teman, med målet att förbättra arbetsmiljön för personalen.

Denna huvudrapport redovisar en femårsuppföljning av den tidigare kartläggningen. Studien har genomförts av Arbets- och miljömedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting. I rapporten redovisas resultatet i stort och de förbättringsförslag som kommit fram genom öppna frågor i enkäten. I bilagor finns anteckningar om vad som har gjorts i nätverksgruppen och i särskilda arbetsgrupper för att förbättra arbetsmiljön. Mera detaljerade resultat finns sammanställda i en särskild resultatrapport som kan beställas separat.

Jag vill tacka alla som har tagit sig tid att besvara enkäten och som därigenom gett oss värdefull och intressant information om deras arbetsförhållanden. Ett varmt tack riktas till dem som har deltagit i nätverksmötena och där delat med sig av sina erfarenheter och kunskaper. Jag vill särskilt tacka dem som har lagt ner mycket tid i de arbetsgrupper som bildats i nätverket, de som har bidragit med idéer och synpunkter på enkäten, samt de som har hjälpt till med att dela ut och samla in enkäterna.

Lena Backman
beteendevetare

Arbets- och miljömedicin
Centrum för folkhälsa inom Stockholms läns landsting

Stockholm april 2007

Innehåll

FÖRORD	3
FÖRFATTARENS FÖRORD	5
SAMMANFATTNING	9
BAKGRUND	11
Sammanfattning av kartläggningen år 2000	12
Mellanperioden	14
Uppföljning år 2005	16
SYFTE	16
Frågeställningar	16
METOD	17
Urval	17
Undersökningsinstrument	17
Tillvägagångssätt	17
Svarsfrekvens	18
Statistiska analyser	18
RESULTAT	18
Åtterrapporering av resultat	18
Beskrivning av studiegruppen	18
Anställningsförhållanden	19
Tid	19
Ensamarbete	20
Den fysiska arbetsmiljön	22
Belastningsergonomiska aspekter på arbetsmiljön	28
Psykosociala aspekter på arbetsmiljön	29
Hot och våld i arbetet	31
Sömn	33
Hälsa	34
Skillnad mellan driftsformerna	35

SLUTSATSER OCH KOMMENTARER.....	35
REFERENSER	40
BILAGOR.....	41
Bilaga 1: Tema på nätverksträffarna.....	41
Bilaga 2 a: Arbetsgruppen för parkeringsfrågan	46
Bilaga 2 b: Arbetsgruppen för snabbare hjälpmedelsleveranser	49
Bilaga 3: Förteckning över ASIH-verksamheter i Stockholms läns landsting.....	52
Bilaga 4 a: Kommentarer om övertidsarbete	53
Bilaga 4 b: Kommentarer om ensamarbete.....	56
Bilaga 4 c: Kommentarer om utbildning i konfliktlösning och självförsvar.....	59

Sammanfattning

Kartläggningar av arbetsmiljön för personalen inom avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) i Stockholms län genomfördes vid två tillfällen, år 2000 och 2005. I kartläggningen 2000 ingick 448 deltagare och 511 deltagare i kartläggning 2005. Mellan kartläggningarna träffades personalen inom ASIH regelbundet i ett nätverk för att diskutera de arbetsmiljöproblem som kom fram i den första kartläggningen. Man tog framför allt upp frågor om hot och våld, ergonomi, ledarskap och psykiskt hälsa, och man gav varandra tips och idéer på hur man kunde underlätta det vanligtvis psykiskt och ibland även fysiskt tunga arbetet. I vissa fall bildades arbetsgrupper för gemensamma problem. I rapporten finns personalens egna förslag på åtgärder för att lösa arbetsrelaterade problem.

Under de fem år som gått sedan den första kartläggningen hade flera omorganisationer genomförts i form av sammanslagningar av enheter och ändrade driftsformer. De privata verksamheterna hade blivit fler. Med privat verksamhet menas här en extern vårdgivare som genom avtal bedriver vården med offentliga medel eller en kombinerad driftsform i landstingets egen regi. Resultatet visade att antalet anställda ökade över tid framförallt i landstingets egna verksamheter. De privata enheterna var mindre än landstingets och sannolikt var det en bidragande orsak till att personalen inom den privata verksamheten upplevde sin arbetssituation mera positivt. Personalstrukturen var densamma, men över hälften av studiegruppen var nyanställda och därför inte samma personer som i den första kartläggningen.

Heltidsanställning och ensamarbete ökade under perioden. Personalen upplevde att det fanns både för- och nackdelar med att arbeta ensam. Flera menade att de inte kände sig ensam, eftersom de hade möjlighet till support från kollegor under samma arbetspass. Men om en akut händelse skulle inträffa på väg till eller från en patient, eller hemma hos patienten, fanns ingen garanti att få omedelbar hjälp av kollegor. Rutiner vid ensamarbete borde därför hållas levande och uppdateras vid behov.

De fysiska belastningarna var oförändrade eller minskade. Ett undantag var kombinationen av tunga lyft och obekväma arbetsställningar som ökade. De som rapporterade detta hade oftare besvär i nedre delen av ryggen. Trånga utrymmen och dåliga arbetsställningar i patientens hem var de faktorer som främst rapporterades som ett hinder för personalen. Detta kan vara svårt att förändra, då arbete i patientens hem inte får stöd i Arbetsmiljölagen. På ett nätverksmöte fick deltagarna dock råd om hur de kunde hantera det på ett effektivt sätt. Att mindre än hälften av personalen fick ergonomisk rådgivning och att användandet av lyft-hjälpmedel minskade bör uppmärksammas.

Förekomsten av hot- eller våld förändrades inte under perioden, men drygt hälften av studiegruppen hade upplevt hot om våld eller direkt våld. Dessa händelser är mycket påfrestande för personalen och tre procent befanns sig inom riskzonen för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom. Att någon gång ha varit utsatt för hot eller våld ökade även risken för psykisk utmattning. Det stöd personalen fick efter en incident varierade från att man fick stöd och var nöjd med det, till att man inte fick stöd eller att man inte tyckte att man behövde stöd. Studier har visat att psykologiskt stöd är viktigt för att förebygga psykisk ohälsa hos personalen. En viktig slutsats av uppföljningen är att tillgång till obligatoriskt och regelbundet återkommande psykologiskt stöd för all personal inom avancerad hemsjukvård är angeläget.

Alla enheter som deltog i kartläggningen hade rutiner och handlingsplaner för att handskas med svåra arbetsinslag. Dessa rutiner och handlingsplaner måste dock

ständigt uppdateras i personalens medvetande. Framförallt är det viktigt med sådan information i introduktionen, så att nyanställda så fort som möjligt får kunskap om detta.

Resultatet visade att personalen inom avancerad hemsjukvård dagligen utsätts för extremt psykiskt belastande arbetsinslag men de förekom mindre ofta än tidigare. Enheterna tycks hantera detta på ett framgångsrikt sätt genom olika stödåtgärder. Även den psykosociala arbetsmiljön hade i flera avseenden förbättrats. Möjligen kan nätverksträffarna vara en bidragande orsak genom de förslag och tips som gavs. Om alla enheter systematiskt och långsiktigt använder sig av dessa erfarenheter kan det bidra till ytterligare förbättringar.

Att sjuksängar inte kommer i tid till patienten och att personalen måste leta efter en parkeringsplats var störningsmoment som särskilda arbetsgrupper försökte förbättra, men som kvarstod. Det har även framkommit på nätverksträffarna att man har svårt att ta sig fram i rusningstrafik. Det är faktorer som direkt eller indirekt påverkar patienten som möts av stressad och frustrerad personal. Det handlar om svårigheter som personalen ställs inför och själva måste lösa från dag till dag utan att se någon möjlighet till förbättring. Den här typen av arbetsmiljöproblem behöver lösas på en hög organisatorisk nivå där det finns mandat att ta långsiktiga beslut. För att få en hållbar lösning krävs att flera parter tillsammans tar tag i frågan.

Följande faktorer visade sig bidra till att främja en god hälsa och minska risken för psykisk utmattning hos personalen:

- En god sömn
- Att inte arbeta på högvarv utan att ha möjlighet att varva ner
- Möjlighet till balans mellan arbete och privatliv
- Att man är nöjd med ansvaret för de egna arbetsuppgifterna
- Att man är nöjd med arbetsresultatet
- Att man inte behöver känna oro för att göra fel
- Att det inte finns krav från chefen som är svåra att tillfredsställa

Dessa faktorer bör ligga till grund för preventiva och organisatoriska hälsofrämjande insatser för personalen inom den avancerade sjukvården i hemmet.

Bakgrund

I Sverige startades vårdformen avancerad hemsjukvård för cirka 30 år sedan som ett alternativ till sjukhusvård¹. Grundidén var att vid sidan av sjukhusvården ge patienter och deras närstående en valmöjlighet som skulle medföra en förhöjd vårdkvalitet. Under 1980- och 1990-talet tvingades sjukvården till besparingar. Vårdplatser i slutenvården minskade och som kompensation för detta byggdes hemsjukvården ut.

En annan bidragande orsak till utvecklingen av hemsjukvården var Ädelreformen som överförde huvudansvaret för vård av äldre från landstinget till kommunen. Det medförde ett allt större behov att hitta vårdalternativ för patienter som var svårt sjuka. Kroniska sjukdomar och palliativ vård var de vanligaste orsakerna till vård, med tumörsjukdomar som diagnos för många av patienterna. Motiven för en ökad satsning på hemsjukvården har således varit att förbättra vården och livssituationen för patienterna och samtidigt sänka kostnaderna genom att minska sjukhusvården.

Den avancerade hemsjukvården utförs nästan uteslutande av särskilda hemsjukvårdsteam bestående av sjuksköterska, läkare och oftast av undersköterska, rehabiliteringspersonal, kurator m.fl. De utgår i många fall från geriatriska kliniker eller primärvården. I andra fall har fristående basorganisationer byggts upp för denna verksamhet. Den avancerade hemsjukvården kräver läkarinsatser under hela dygnet oftare än den basala hemsjukvården.

Olika inventeringar har gjorts av den palliativa verksamheten men de har utgått från olika begreppsbilder. Det är därför svårt att utifrån dessa dra några säkra slutsatser om hur den palliativa vården har utvecklats och detsamma gäller den avancerade hemsjukvården. Man har dock gjort ett försök att strukturera om resultaten från två studier så att de går att jämföras över tid². Resultatet visar att från 2000 till 2004 hade antalet enheter med sjukhusansluten palliativ hemsjukvård ökat i hela landet från 50 till 83, medan antalet primärvårdsansluten palliativ hemsjukvård hade minskat från 42 till 35 enheter.

Under våren 2000 genomfördes en inventering av vårdbehovet för 900 vårdtagare i Stockholms län för den avancerade hemsjukvårdens räkning³. Resultatet visade att 63 procent var i behov av palliativ vård, 22 procent av akutgeriatrik och övrig vård samt sex procent av rehabilitering. Uppgifter saknades för nio procent. Under inventeringsperioden som varade en vecka gjorde den vårdande personalen 4 700 besök. I medeltal gjordes 4,7 besök per patient. Cirka 65 procent av besöken skedde dagtid, 26 procent kvällstid och nio procent nattetid. Andelen akuta hembesök var ungefär 12 procent.

Den avancerade hemsjukvården bedrevs år 2000 i Stockholms läns landsting som sjukhusansluten hemsjukvård (SAH), primärvårdansluten hemsjukvård (PAH) eller i form av egna enheter för avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Man hade inte undersökt vilka konsekvenser det fick för personalen att vården flyttades från sjukhusmiljö till patientens hem. Den fysiska arbetsmiljön blir dels enhetens lokaler, dels patientens hem. Behov finns ofta för att förändra hemmet till en lämplig vård- och arbetsmiljö.

Vårdarbete i enskilt boende regleras av tre lagar:

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) behandlar landstingets ansvar.
- Socialtjänstlagen (SoL) behandlar kommunens ansvar.
- Arbetsmiljölagen (AML) behandlar och reglerar arbetsgivarens ansvar för arbetstagarens arbetsförhållanden.

Arbetsmiljölagen är en ramlag som kompletteras med Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS), vilka mer i detalj anger krav och skyldigheter beträffande arbetsmiljön. Föreskrifterna kan gälla vissa risker, psykiska och fysiska belastningar, farliga ämnen och maskiner. Föreskrifterna utarbetas tillsammans med arbetsmarknadens parter. I rapporten Kartläggning av arbetsmiljön inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län⁴ finns en mer omfattande beskrivning av vad arbetsmiljölagen och Arbetsmiljöverkets författningssamling säger om arbetsrelaterade förhållanden som är aktuella för personalen inom den avancerade hemsjukvården.

Lite var känt om arbetsituationen och hälsoläget för personalen inom den avancerade sjukvården i hemmet. Tidigare undersökningar hade främst fokuserat på kostnader och kostnadseffektivitet, där den avancerade sjukvården i hemmet oftast jämförts med motsvarande slutenvård. Det fanns även begränsade kunskaper om hur ofta personalen var utsatt för våld eller hot om våld. Sådana påfrestningar var vanligt förekommande inom hemsjukvården och kunde leda till allvarliga psykiska följdverkningar⁵.

Våren 2000 genomförde därför Yrkesmedicinska enheten i samarbete med Enheten för psykisk hälsa, båda inom Centrum för folkhälsa i Stockholms län, en kartläggning av arbetsmiljön för personalen som arbetar med avancerad sjukvård i hemmet. Kartläggningen föregicks av möten med arbetsmiljöhandläggare och representanter från verksamheten varvid hot, våld och belastningsergonomi ansågs särskilt viktiga att undersöka. När det gällde den psykiskt belastande delen undersöktes eventuella samband mellan belastningar och psykiska reaktioner hos personalen. Studien och resultaten finns beskrivna i två rapporter^{4,6}.

Sammanfattning av kartläggningen år 2000

I maj 2000 fanns i Stockholms län 25 enheter med cirka 610 vårdanställda som bedrev avancerad hemsjukvård. Tre av enheterna organiserades utanför landstinget. De minsta enheterna hade 10 anställda och den största hade cirka 75 anställda. Totalt 612 enkäter skickades under våren 2000 ut till samtliga enheter. Andelen som svarade på enkäten var 73 procent.

Sammanfattningsvis visade resultatet att personalen i stort hade samma fysiska arbetsbelastning som övriga verksamheter i vården. Personalens hälsotillstånd, liksom andelen med besvär från rörelseorganen, avvek inte nämnvärt. Det som skilde verksamheterna inom den avancerade sjukvården i hemmet från övriga verksamheter var dels obekväma arbetsställningar och lyft, som beror på att arbetet utförs i patientens hem, men även att personalen hade svårt att parkera bilen i anslutning till patientens bostad. Trånga utrymmen, dålig belysning och passiv rökning hemma hos patienten ansågs som störningsmoment i arbetet. Bilproblem av olika slag var också ganska allmänt förekommande.

Majoriteten av personalen var nöjd med den psykosociala arbetsmiljön men arbetskraven och belastningen hade under det senaste året ökat mer än de resurser som ger personalen möjlighet att handskas med detta. Över hälften av personalen

hade varit utsatta för hot om våld. Vanligast var hot från patienter och hot från husdjur. Hot och våld inträffade oftare nattetid och särskilt i vissa geografiska områden. Den personal som hade upplevt våld eller hot om våld hade i högre grad psykiska och fysiska symptom.

Inom den avancerade hemsjukvården finns många svåra arbetsuppgifter. Förutom vård av patienter med svår kronisk smärta, oväntade dödsfall eller flera dödsfall i rad, måste personalen handskas med oro från både patienterna och deras närstående. Personalen kan känna skuld över att inte kunna tillgodose patienternas och de närståendes önskemål. Av all personal var 18 procent i riskzon för psykisk utmattning. Dessa rapporterade oftare förekomst av arbetssituationerna beskrivna ovan än övrig personal.

Förbättringsförslag och idéer från enkäten år 2000

Belastningsergonomi

- parkeringstillstånd för att parkera i anslutning till patientens bostad och slippa bära långa vägar
- möjlighet att få droppleverans direkt hem till patienten
- möjlighet att ställa krav på hjälpmedel i patientens hem även om patienten är tveksam
- utbildning i förflyttningsteknik
- stationära akutväskor i bilarna för att minska bärande
- någon typ av låsanordning för journaler i bilarna för att slippa bära dem med sig hela tiden

Hot och våld

- inget ensamarbete på natten
- överfallslarm
- parkeringstillstånd för att kunna parkera i anslutning till patientens bostad
- utbildning i självförsvar för nattpersonal
- stationära akutväskor i bilarna för att slippa utsätta sig för hot och våldsrisk när man transporterar "attraktiva" läkemedel till och från patientens bostad
- policy och handlingsplan för att hantera och förebygga hot och våld

Övrigt

- snabbare handläggning av hjälpmedel till patienten samt flexibla utkörningsdagar
- förbättra ledning och planering av arbetet, ett tydligare ledarskap bland chefer
- alltid stödsamtal för dem som varit med om dödsfall
- tillgång till professionell handledning för alla yrkesgrupper
- väskor om är anpassade för hemsjukvårdens behov, fack och fickor som gör det lätt att hitta i stressade situationer
- informationsbroschyr till patienter och anhöriga, där bl.a. husdjur och rökning kan tas upp

- friskvårdstimme på arbetstid
- forum för att delge varandra nya kunskaper

Mellanperioden

Arbetet inom den avancerade sjukvården i hemmet innefattar transporter och arbete i patientens hem, vilket försvårar det systematiska arbetet med arbetsmiljöförbättringar. Det är också dessa faktorer som gör arbetet extra belastande. Efter kartläggningen bildades därför ett nätverk som personal från alla enheter inom den avancerade hemsjukvården var välkomna att delta i. Nätverksträffarna skulle handla om personalens arbetsmiljö och man träffades cirka tre gånger per år. De förbättringsförslag och idéer som kom fram i kartläggningen användes som tema för varje nätverksträff. I rutan nedan finns en sammanfattning av innehållet i nätverksträffarna. Det finns beskrivet mera i detalj i bilaga 1.

Nätverksträffarnas innehåll

Temat

- Hot och våld – larm, försvarskurser, hot-och-våldpärm
- Ergonomi – vad kan man göra för att minska bärandet och dåliga arbetsställningar
- Chef- och ledarskap
- Psykisk hälsa – hur kan engagemang, psykisk hälsa och vårdkvalitet bibehållas.

Man delgav även varandra kunskaper om:

- taktil massage
- läkemedelshantering
- handbok i hemsjukvård
- stickskador och skärsår
- välkomstbroschyr
- inskrivnings och utskrivningsbroschyr
- broschyr angående rökning/husdjur i hemmet
- kundenkät
- karriärstege för undersköterskor
- bilfrågor som bilvärmare, halkkörning, eko-driving

Om ett problem visade sig vara generellt, bildades en arbetsgrupp som träffades särskilt för att finna möjliga lösningar. De arbetsgrupper som bildades hade följande teman:

- Hemsida – det skulle vara bra med en hemsida eller liknande där tips och frågor kunde ventileras. En nätverksdeltagare arbetade med denna uppgift under flera år, men det elektroniska nätverk som höll på att skapas med hjälp av IT-personal ligger just nu på is på grund av resursbrist.
- Handlingsplan och rutiner för hot och våld – en deltagare i nätverket tittade igenom fyra enheters handlingsplaner angående hot och våld och har från dessa sammanställt ett samlat förslag som alla enheter kan ta del av. Det är viktigt att de finjusteras så de blir relevanta för verksamheten och hela tiden hålls aktuella. De får inte bli ”hyllvärmare”. Alla nyanställda ska vara insatta i vad som står där. Det är även nödvändigt att ha konkreta rutiner som man lätt kan komma åt om något händer.
- Parkeringsproblem – att få möjlighet att parkera så nära patientens bostad som möjligt.
- Snabbare handläggning av hjälpmedel till patientens hem – ibland kom hjälpmedlen för sent.

I bilaga 2A och 2B finns en utförligare beskrivning av vad de två sista arbetsgrupperna gjorde.

Uppföljning år 2005

En uppföljande kartläggning genomfördes 2005, fem år efter den första kartläggningen. Den text som följer redogör för denna kartläggning och resultatet redovisas bland annat med jämförelser från kartläggningen 2000. I den tidigare rapporten användes begreppet enhet som benämning på den organisationsuppdelning som fanns. I denna rapport kommer enhet att användas med team som undergrupp.

Syfte

Syftet var att studera arbetsmiljön för personal inom avancerad hemsjukvård i Stockholms län och eventuella förändringar sedan kartläggningen 2000.

Frågeställningar

- Har de arbetsrelaterade problemen förändrats över tid och i vilken omfattning?
- Finns det grupper med specifika arbetsrelaterade problem?
- Är det någon skillnad i personalens upplevelse av arbetsmiljön mellan olika driftsformer?
- Vilka förslag till åtgärder på arbetsrelaterade problem har personalen?

Metod

Urval

Vid det första mättillfället bedrev 25 enheter offentlig verksamhet med avancerad sjukvård i hemmet. Fem år senare hade flera enheter slagits ihop, en enhet hade tillkommit och flera hade privatiserats. Med privat verksamhet menas här en extern vårdgivare som genom avtal bedriver vården med offentliga medel eller en kombinerad driftsform i landstingets egen regi, till exempel mellan landsting och kommun. Vid det andra mättillfället fanns 17 enheter varav drygt hälften i landstingets egen regi. Storleken med avseende på antalet anställda inom landstingets enheter varierade mellan 23 och 120 där man inom de större enheterna var uppdelade i flera team. Inom de privata enheterna varierade antalet anställda mellan 10 och 32, även här var några uppdelade i team.

En beskrivning av de enheter som fanns i Stockholms läns landsting vid de båda mättillfällena redovisas i bilaga 3, tabell 1. Under de fem år som gått mellan mättillfällena hade 58 procent nyanställts, vilket betyder att de inte hade möjlighet att besvara enkäten vid mättillfälle 2000.

Undersökningsinstrument

En riktad enkät, liknande den som användes vid det första mättillfället, användes för att samla in data. Referenspersoner som arbetade inom den avancerade hemsjukvården granskade och gav synpunkter på enkäten. Några få frågor togs bort, andra lades till. Enkäten innehöll drygt 200 frågor om bakgrund, nuvarande arbetsförhållanden, fysisk arbetsmiljö, hot och hot om våld samt kroppslig och psykisk hälsa. Den finns i sin helhet i resultatrapporten⁷.

För att mäta tecken på psykisk utmattning användes ett instrument bestående av nio frågor (frågorna 33d-1) som besvarades i femgradiga svarsskalor^{8,9}. Medelvärde för de nio frågorna beräknades. Ett medelvärde > tre innebar risk för utmattning och ett medelvärde \geq fyra innebar extrem risk för utmattning.

För att mäta posttraumatiska stressreaktioner användes självskattningsinstrumentet PTSS-10 (frågorna 38b, 1–7, 10–12). Instrumentet består av tio frågor som besvaras med ja eller nej. Personer som uppgivit mer än fyra ja-svar har i flera andra studier ansetts vara i riskzon för PTSS¹⁰.

Tillvägagångssätt

Innan enkäten skickades ut samlades en intresseanmälan in från alla enheter. 17 enheter var villiga att delta. Den enhet som tackade nej var under upphandling och personalen orkade därför inte besvara en enkät vid den planerade tidpunkten. Enkäter skickades under oktober 2005 ut till en ansvarig på respektive enhet som delade ut dem till vårdpersonalen. Personal som arbetade med administrativa uppgifter (sekreterare, läkarsekreterare) eller som arbetade på konsultbasis exkluderades från undersökningen. Svaren samlades in i slutna svarskuvert. Deltagandet var anonymt och frivilligt.

Svarsfrekvens

Totalt lämnades 681 enkäter med svarskuvert ut till personalen av de ansvariga. Av dessa inkom 511 enkäter vilket ger en svarsfrekvens på 75 procent. Svarsfrekvensen varierade mellan 41 och 100 procent för de olika enheterna. Svarsfrekvensen för landstingets egna verksamheter var 72 procent och för de privata 82 procent.

Statistiska analyser

Analyserna har genomförts med hjälp av statistikprogrammet SPSS 14.0 för Windows. Eftersom enkäten besvarades anonymt kunde inte jämförelse över tid ske med upprepad mätning på individnivå. Skillnader mellan fördelningar eller grupper har testats med Pearson χ^2 -test, hypotesprövning vid jämförelse av proportionsandelar eller ANOVA. Signifikansnivå för statistiskt säkerställda skillnader är satt till $p \leq 0,05$. För att hitta samband mellan olika faktorer har korrelationsanalys med Spearmans korrelationskoefficient använts samt stegvis regressionsanalys.

Resultat

Återrapportering av resultat

Resultaten från enkätstudien 2000 och 2005 har återrapporterats skriftligt till chefer på deltagande enheter. I dessa återrapporteringar fick varje enhet ta del av sina resultat. Som jämförelsevärde redovisades resultat för alla deltagande enheter inom länet.

I avsnitten som följer redovisas resultatet för personalen som helhet och för yrkesgrupperna från mättillfälle 2005 och var resultaten skiljer sig signifikant från mättillfälle 2000. Om någon grupp skiljer sig betydligt från andra grupper skrivs det också ut. Resultat beskrivs i huvudsak som frekvenser, det vill säga hur stor andel som svarat på ett visst sätt. Mera detaljerade resultat i siffror finns i resultatrapporten⁷.

Beskrivning av studiegruppen

Studiegruppen såg i stort sett lika ut över tid, 89 procent var kvinnor och 11 procent män. I tabell 1 redovisas fördelningen i antal och andel mellan yrkesgrupperna vid de två mättillfällena. Av dem som besvarade enkäten var de flesta medicinsk personal medan den paramedicinska personalen utgjorde en tiondel av studiegruppen. Sjuksköterskorna var den enskilt största yrkesgruppen och den enda yrkesgrupp som förekom på samtliga enheter.

Tabell 1. Studiepersonernas antal och andel för respektive yrkesgrupp vid mättillfälle 2000 och mättillfälle 2005.

Yrke	Antal i studiegruppen		Andel (%) av studiegruppen	
	2000	2005	2000	2005
Sjuksköterska	300	356	67	70
Undersköterska	59	48	13	9
Barnsköterska	0	5	0	1
Läkare	26	46	6	9
Sjukgymnast	25	21	6	4
Arbetsterapeut	24	17	5	3
Kurator	9	13	2	3
Ej angivet yrke	5	5	1	1
Totalt	448	511	100	100

Medelåldern ökade men främst bland sjuksköterskorna, där andelen över 60 år ökade medan andelen som var under 30 år minskade för hela studiegruppen. Erfarenheten av att arbeta med avancerad sjukvård i hemmet ökade över tid bland sjuksköterskorna och minskade bland undersköterskorna.

Anställningsförhållanden

De flesta var precis som tidigare tillsvidareanställda. Andelen heltidsanställda hade ökat, framför allt för sjuksköterskor, undersköterskor och arbetsterapeuter. De nyanställda hade en mindre andel tillsvidareanställda och en större andel heltidsanställda. Hälften av deltagarna arbetade efter individuellt schema, drygt en tredjedel hade fast schema och en tiondel hade annat schema till exempel önskeschema och poängmodell. Cirka en fjärdedel hade beredskap, främst läkarna. 69 procent var nöjda med arbetstidens förläggning. Minst nöjda var undersköterskor och sjuksköterskor. De nyanställda var mindre nöjda med arbetstidens förläggning än de övriga.

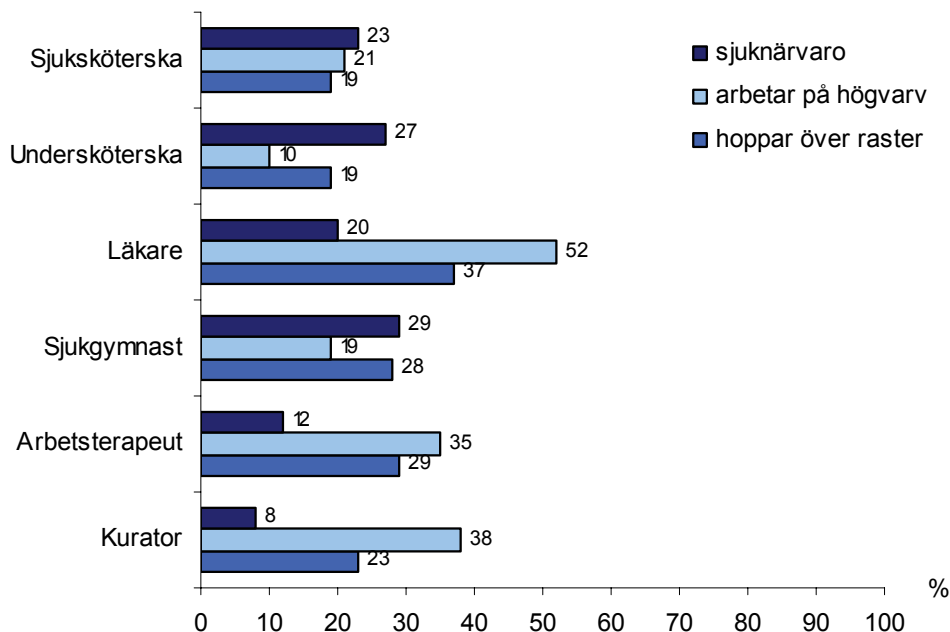
Tid

Tidsbrist i arbetet i patientens hem upplevdes som en störning av 29 procent, framför allt av sjuksköterskor och undersköterskor. Tidsbrist i arbetet på arbetsplatsen upplevdes av en tredjedel av studiegruppen och främst av läkarna.

Drygt en femtedel arbetade ofta övertid och det var lika omfattande som tidigare men det registrerades mer sällan. Studiegruppen var i stort mer nöjd med övertidskompensationen. Nästan hälften av läkarna och kuratorerna arbetade övertid. Läkarnas övertid registrerades mer sällan och de var mindre nöjda med kompensationen. Kuratorernas övertid registrerades oftast och de var också mer nöjda med kompensationen. I bilaga 4A finns kommentarer från personalen om varför man måste arbeta övertid.

Ungefär en fjärdedel av studiegruppen arbetade ofta på högvarv utan att ha möjlighet att varva var ner, vilket var en ökning. Att ofta hoppa över raster var lika van-

ligt som tidigare och det gjorde en femtedel av alla. Sjuknärvaron^a hade minskat. I figur 1 redovisas andel för respektive yrkesgrupp som vid mättillfälle 2000 svarade alltid/ofta på frågorna ovan. Över hälften av läkarna arbetade oftast på högvarv och många av dem hoppade också över rasterna. Över en tredjedel av arbetsterapeuter och kuratorer arbetade oftast på högvarv.



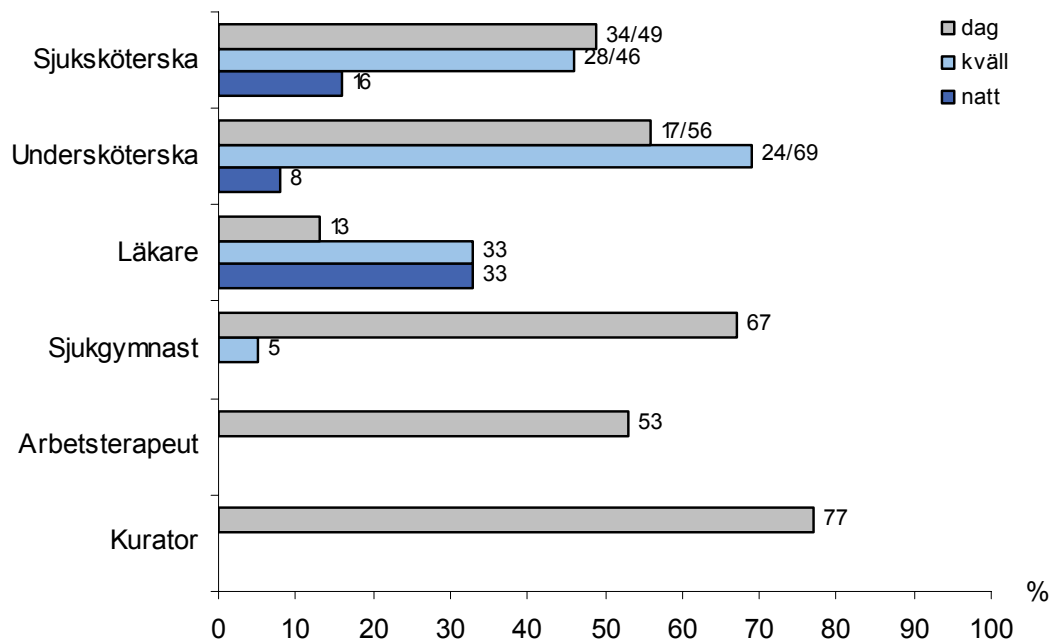
Figur 1. Andel (%) för respektive yrkesgrupp som vid mättillfälle 2005 svarade alltid eller ofta var sjuknärvarande, arbetade på högvarv eller hoppade över raster.

Ensamarbete

Ensamarbetet ökade i omfattning under perioden oberoende av när på dygnet man arbetade. Inte fullt hälften av studiegruppen arbetade ensam dagtid, 42 procent kvällstid och 15 procent under natten. Det var samma sak för ensamarbete under helgen, men för detta fanns inga jämförande data från mättillfälle 2000.

I figur 2 redovisas andel för respektive yrkesgrupp som vid mättillfälle 2005 svarade att de under helgen ofta arbetade ensam dagtid, kvällstid och nattetid. Paramedicinerna arbetade framförallt dagtid och var då oftast ensamma. Undersköterskor och sjuksköterskor hade en ökande andel som arbetade ensam dagtid. Under veckan var det framför allt sjuksköterskor och undersköterskor som arbetade ensamma kvällstid och andelen ökade över tid. Undersköterskor var de som framför allt arbetade ensamma under helgkvällarna. En tredjedel av läkarna arbetade ofta ensam nattetid både vardag och helgdag.

^a Att arbeta när man är sjuk trots att man borde stanna hemma.



Figur 2. Andel (%) för respektive yrkesgrupp som vid mätillfälle 2005 rapporterade att de under veckan ofta arbetade ensam dagtid, kvällstid och nattetid. Vid skillnad över tid redovisas två resultat i ordningsföljden mätillfälle 2000/mätillfälle 2005.

Man hade vid mätillfälle 2005 infört möjlighet till support^b och drygt hälften använde sig ibland av detta, främst de nyanställda. Över hälften, framförallt de nyanställda, svarade att de inte visste om det fanns en handlingsplan för ensamarbete.

Personalen fick med egna kommentarer svara på varför man arbetade ensam. Det visade sig att man strävade efter att vid behov arbeta i par om man hade tillräckligt med resurser. Men patienterna kunde finnas utspridda i upptagningsområdet så att man inte hann besöka alla om man åkte två. Ibland kunde man vara ett ojämnt antal i personalgruppen så att man inte kunde åka två av den anledningen eller att man tillhörde en yrkesgrupp som det endast fanns ett fåtal anställda av. Tillfälliga situationer kunde också vara en orsak. Man menade även att det fanns både fördelar och nackdelar med att arbeta ensam. Någon ansåg att man fick bättre kontakt med patienten om man var ensam. Andra tyckte att man kunde vinna mycket på att vara två därför att en kunde ägna sig åt patienten till fullo medan den andre gjorde andra nödvändiga sysslor eller riktade in sig på de närståendes behov. I bilaga 4B finns citat som närmare beskriver detta.

I slutet av enkäten fanns möjlighet att med egna ord ange vad man tyckte borde uppmärksammas i arbetsmiljön och idéer för att förbättra arbetsmiljön. De kommentarer som hade med ensamarbete att göra finns citerade i texttrutan nedan.

^b Möjlighet att ringa en kollega om hjälp behövs.

Deltagarnas kommentarer och förbättringsförslag angående ensamarbete

Borde uppmärksammas

- *Ensamarbete nattetid. Känns olustigt att åka ensam på natten. Inget krav att åka två.*
- *Kvällstid och helger upplever jag ibland en stress relaterad till att vi täcker ett stort geografiskt område och då är få sjuksköterskor i tjänst. Det är inte roligt att vara i fel ända av kommunen om någon får andnöd eller smärtgenombrott.*
- *Det skulle kännas bra om det fanns möjlighet att åka tillsammans mer ofta. Framförallt på kvällar och helger, då närmiljön kring patienten inte alltid är så trevligt. Det är också skönt ur fler aspekter att arbeta två – fysiskt och psykiskt.*
- *Olustigt att gå ut nattetid. Bilen är parkerad en bit från bostaden. Är då ensam på grund av beredskap i hemmet. Är inte ute och arbetar själv på natten, är alltid två. Mellan bostaden och bilen – mörkrädd.*
- *På det hela taget är detta en mycket bra arbetsplats men eftersom det är ensamarbete hela tiden så är man mycket utsatt. Det bästa vore om man alltid åkte ihop med någon.*

Förbättringsförslag

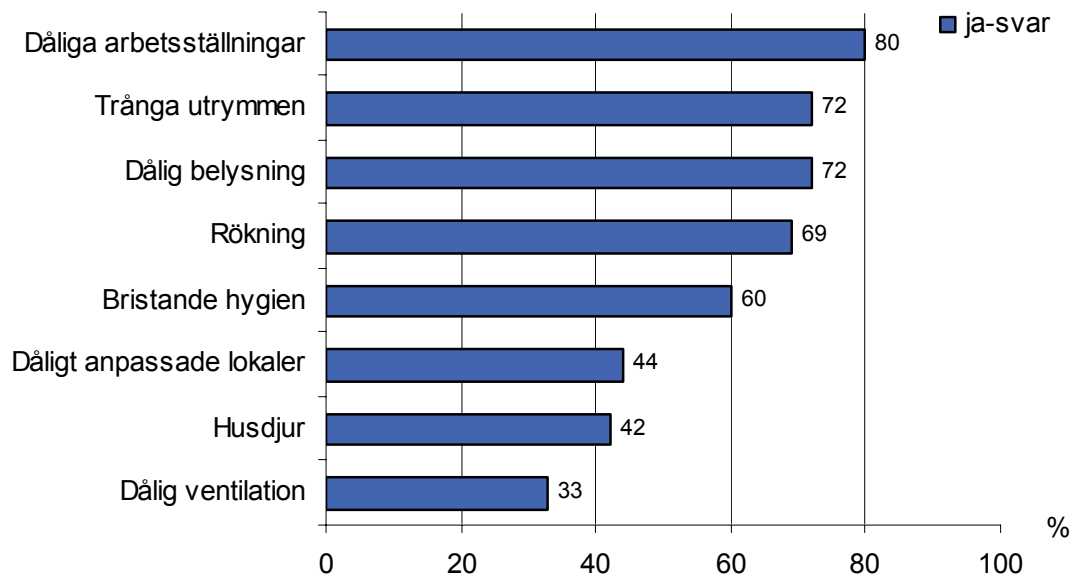
- *Utveckla bra arbetsrutiner för att inte behöva vara ensam hos patienten. Det kan vara mycket mer effektivt och säkrare för både patient och vårdare om man är två som utför arbetet. En sköter och utför ordinerade insatser. En sköter den sociala kontakten, med patient och anhörig. Observerar, planerar vidare, kan spara mycket tid för onödigt extraarbete, sådant som glöms bort etc.*
- *En underskötersketjänst behövs på kvällen och på helgerna, så man inte är ensam (undersköterska+sjuksköterska).*
- *Krav på att åka två nattetid. Åka två till tunga patienter(fysiskt och psykiskt).*

Den fysiska arbetsmiljön

Den fysiska arbetsmiljön kan för personalen inom den avancerade sjukvården i hemmet delas in i tre delar: patientens hem, den gemensamma arbetsplatsen och bilen.

Förekomsten av störningsmoment i arbetet i patientens hem var lika över tid. I figur 3 redovisas andelen personal som rapporterade störningsmoment i arbetet i patientens bostad vid mättillfälle 2000 och 2005. De flesta, 80 procent, stördes av dåliga arbetsställningar, därefter kom trånga utrymmen, dålig belysning och rökning. Trånga utrymmen och dåliga arbetsställningar var framförallt ett problem för arbetsterapeuter och sjuksköterskor. Dåligt anpassade lokaler störde främst arbetsterapeuterna. Dålig belysning störde framförallt sjuksköterskor och undersköterskor, medan bristande hygien främst upplevdes som ett problem av sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Nästan alla sjukgymnaster och en stor del av kuratorerna och sjuk-

sköterskorna stördes av rökning, ett problem som ökade över tid för dessa grupper. De nyanställda stördes mindre av husdjur än de övriga.



Figur 3. Andel (%) som vid mätillfälle 2005 rapporterat störningsmoment i arbetet i patientens bostad (n=511).

Betydligt färre stördes av de ovan nämnda faktorerna i arbetet på den egna arbetsplatsen och det minskade över tid när det gällde trånga utrymmen, bristande hygien och rökning. Främst var det dålig ventilation som störde 40 procent av studiegruppen.

I slutet av enkäten fanns möjlighet att med egna ord ange vad man tyckte borde uppmärksammas i arbetsmiljön och idéer för att förbättra arbetsmiljön. Kommentarer som hade att göra med störningar i arbetet i patientens hem och på den egna arbetsplatsen finns citerade nedan.

Deltagarnas kommentarer och förbättringsförslag angående arbetet i patientens hem

Borde uppmärksammas

- *Då jag arbetar i hemmen är det ibland väldigt bra arbetsmiljö och ibland är det pyton, stor misär hos de sjuka.*
- *Dålig arbetsmiljö hemma hos patienterna. Dålig belysning, dåliga arbetsställningar, röklukt.*
- *Svårt med tillgång till toalett (om du inte vill använda patienternas).*
- *Husdjur – allergi, hotfulla.*
- *Arbetsmiljön hemma hos patienten är ofta ett problem. Speciellt sängen och var den står. Oftast tar det för lång tid innan patienten får en säng där vi kan arbeta med patienten utan att vi får rygg problem.*
- *Bättre belysning hemma hos patienterna.*

Förbättringsförslag

- *Att vid besöket hos patienten lämna en folder hur det behöver se ut för att vi ska kunna jobba på ett bra sätt.*
- *Jag tror att det vore bra om varje nyinskriven patient både får muntlig och skriftlig information att de inte ska röka när vi besöker dem samt i god tid vädra. Dessutom att djur, främst hundar, ska vara bundna eller instängda i annat rum när vi är på besök.*
- *Att be patienter att inte röka när de vill ha besök av oss.*

Deltagarnas kommenterar och förbättringsförslag angående den egna arbetsplatsen

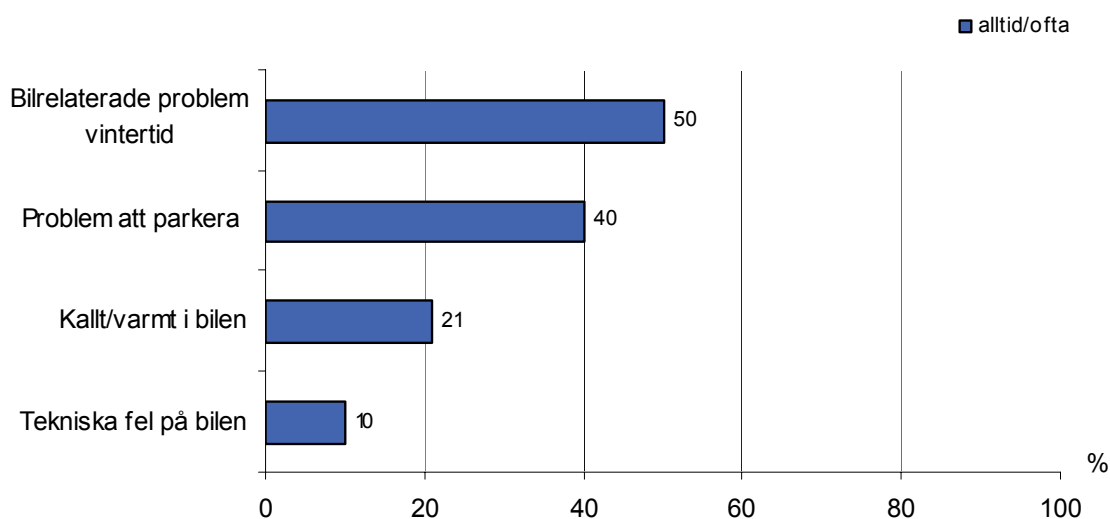
Borde uppmärksammas

- *Har inget riktigt vilorum.*
- *Saknar ett tyst rum för dokumentation samt telefonsamtal.*
- *Dålig ventilation, speciellt i patientköket (både varmt och fuktigt). Mycket varmt på ssk-expeditionen och personalrum sommartid.*
- *Trånga patientrum och toaletter där det är nästintill omöjligt att arbeta i med rätt arbetsställningar.*
- *För trånga dokumentationslokaler. För många datorer på liten yta.*
- *Mycket smutsligt på våran arbetsplats. Äckliga toaletter m.m. Smutsigt kök. Dammigt, dåligt städat.*
- *Inget dragskåp i läkemedelrummet trots att vi många gånger om dagen blandar antibiotika där i ett trångt utrymme.*
- *Dålig ventilation. Dåliga personalutrymmen - arbetar nattetid och behöver någonstans där man kan sitta bekvämt och läsa. En bra belysning. Många dörrar att låsa upp.*
- *Problem med få datorer, svårt att få sitta i fred o dokumentera.*

Förbättringsförslag

- *Andra lokaler för sjuksköterskor att dokumentera i. Bättre ljudisolering. Möjlighet till tysta rum för vila.*
- *Lite mysigare. Några soffor som man kan sitta skönt i.*
- *Bättre hiss och trappanslutning till våran lokal.*
- *Bra lokaler, möjlighet till ett par tysta "arbetshörn" kan avhjälpa tung dag. Relaxrum/träningsrum. Bra matplats.*
- *Mer förvaringsutrymme i medicinrummet.*
- *Få bättre telefoner på avd. som det hörs bra i o som inte stänger av sig i t.ex. känsliga samtal. Ha något utrymme att kunna tala i telefon ostört.*
- *Mer utrymme för att kunna arbeta avskilt på arbetsplatsen. Blir ofta störd av prat och telefoner som ringer.*
- *Större lokaler (för personalen). Bättre patientundersökningsmöjligheter.*
- *Större läkemedelsförråd för dosettindelning*
- *Dragskåp i medicinrummet. Vilorum för personal att kunna vara ostörd på t.ex. lunchen.*
- *Lokaler där det finns ordentliga utrymmen för tyst, koncentrationsutövande arbete, ett personalrum och avskilda konferenslokaler -storleksmässigt anpassade till verksamhetens behov.*
- *Bättre belysning i teamrummet. Fler datorer och göra "tysta rummet" mysigare*

De bilrelaterade problemen hade inte förändrats över tid. Hälften av personalen hade problem med bilen vintertid. I figur 4 redovisas andel svar *alltid* eller *ofta* på frågor om detta. Drygt en tredjedel hade problem med parkering i anslutning till patientens bostad med varierande andelar från 0 till 80 procent beroende om personalen verkade i landsbygdsområden eller innerstadsmiljö. Var tionde fick ofta parkeringsböter men även här fanns stora skillnader beroende på var man befann sig. De nyanställda var proportionellt fler som oftast stördes av att inte kunna parkera i anslutning till patientens bostad. Sammanlagt ägnade man under en vecka 540 timmar åt bilproblem av olika slag, vilket motsvarar drygt 13 heltidstjänster.



Figur 4. Andel (%) som vid mätillfälle 2005 svarade *alltid/ofta* på frågor om bilrelaterade störningsmoment (n=511).

I slutet av enkäten fanns möjlighet att med egna ord ange vad man tyckte borde uppmärksammas i arbetsmiljön och idéer för att förbättra arbetsmiljön. Kommentarer som hade att göra med bilrelaterade problem finns citerade nedan.

Deltagarnas kommentarer och förbättringsförslag angående bilrelaterade frågor

Borde uppmärksammas

- *Upprepade inbrott/skadegörelse av bilpark=merarbete (polisänmäla, köra bilar till verkstad, biluthyrning). Bilbrist=svårt att utföra behövt/planerat patientarbete, snöskottning, insnöade bilar. Risk för överfall i samband med bilinbrott.*
- *Våra bilar står mycket tätt parkerade. Svårt att komma i och ur bilarna. Risk att skada intillstående bil, så man får krångla sig i och ur så gott det går.*
- *Jag upplever bilkörningen som den största riskfaktorn i arbetet.*
- *Arbetsmiljön vintertid varmt/kallt växlande mellan kall bil/hemmet/skotta bilen etc. Bra att alla bilar har AC och fjärrlås.*
- *Tunga lyft, mycket bärande, ibland långa sträckor i brist på parkeringsplatser. Oro för att hinna i tid till patienter då man sitter i bilköer.*
- *Trånga parkeringsplatser för våra bilar. Svårt att ta sig in och ut med våra attiraljer som ska med till patienten.*
- *Våra bilar är märkta ... är det ett hot eller skydd?*
- *Utsatt för bilavgaser.*
- *Hur ljusstarka och stora tydliga knapparna är på mobiltelefoner och datorer. Bör gå att läsa i bilens mörker.*
- *Inga motorvärmare = kalla bilar vintertid.*
- *Parkeringsstillsånd saknas, gå långa sträckor från betalda parkerings-område till patient, därefter lämna reseräkning till arbetsgivare.*
- *Vintertid skotta fram bilen och skrapa tar lång tid en morgon när det är bråttom. Tanka, dammsuga.*

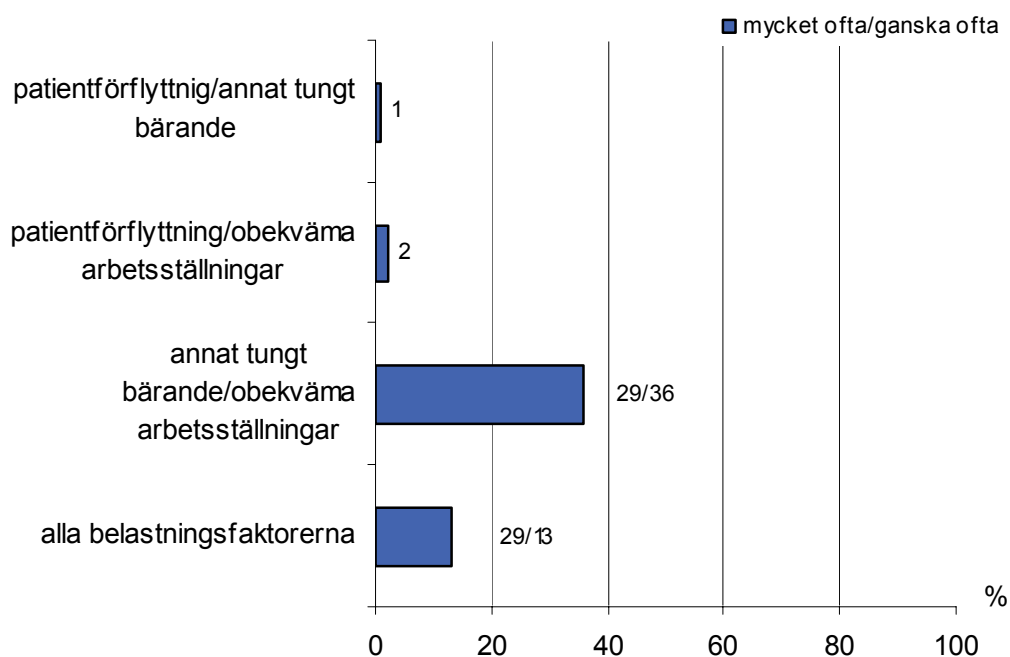
Förbättringsförslag

- *Garage eller tak för bilarna.*
- *Bilar med lågt lastutrymme då många tunga saker ska lyftas i och ur.*
- *Upplyst parkeringsplats. Inhägnad och låst parkering. Tak över parke ringen. Larmade bilar, överfallslarm.*
- *Att få ett tak över bilarna slippa all snö som måste sopas bort från bilen. Ett tungt jobb för mig med smärtor i nacke/arm.*
- *Automatväxlande bilar.*
- *Motorvärmare till bilen.*
- *Att kunna parkera nära patientens bostad på grund av leveranser av material samt tidsaspekten.*
- *Kontroll av bilarnas status: däck, bromsar, etc. Snabbare uppföljning av skador etc.*
- *Motorvärmare till alla bilar. Hjälpt med tvätt och städning, d.v.s. löpande skötsel.*
- *Bilarna under tak och möjlighet till värme i alla från start (kupévärmare).*
- *Kupé- och motorvärmare. Garage alt. tak över bilarna för att slippa snö och skrapa rutor.*
- *Fler motorvärmare, får ont i ryggen av kalla bilar.*

Belastningsergonomiska aspekter på arbetsmiljön

Den generella fysiska belastningen avser den totala kroppsliga belastningen – hur ansträngande arbetet är över lag. Upplevelsen av kroppslig ansträngning i stort minskade över tid framför allt för sjuksköterskor och undersköterskor. Det stillasittande arbetet ökade över tid och det tunga arbetet minskade. Lätt och måttligt tungt arbete var lika över tid. Läkare och kuratorer hade främst stillasittande eller lätt men något rörligt arbete. Måttligt tungt arbete hade framför allt sjuksköterskor och sjukgymnaster. Tungt arbete försvann helt för undersköterskorna och var vanligast bland arbetsterapeuter.

Lokal fysisk belastning innebär belastningar på olika delar av kroppen, till exempel av obekväma arbetsställningar eller arbetsrörelser vid manuell hantering. De tunga lyften av patienter minskade över tid, framför allt för sjuksköterskor och undersköterskor. Även andra tunga förflyttningar av material och obekväma arbetsställningar minskade över tid. Det rapporterade främst arbetsterapeuter och sjuksköterskor och för de sistnämnda hade det minskat. Figur 5 visar andelen som svarat *mycket ofta* eller *ganska ofta* på två eller flera av dessa frågor. Andelen som hade alla belastningsfaktorerna minskade över tid och kombinationen av annat tungt lyftande och obekväma arbetsställningar ökade och då främst för sjuksköterskorna.



Figur 5. Andel (%) personal som vid mättillfälle 2005 svarade *mycket ofta/ganska ofta* på en kombination av belastningsfaktorer. Vid skillnad redovisas två resultat i ordningsföljden mättillfälle 2000/mättillfälle 2005 (n=448/511).

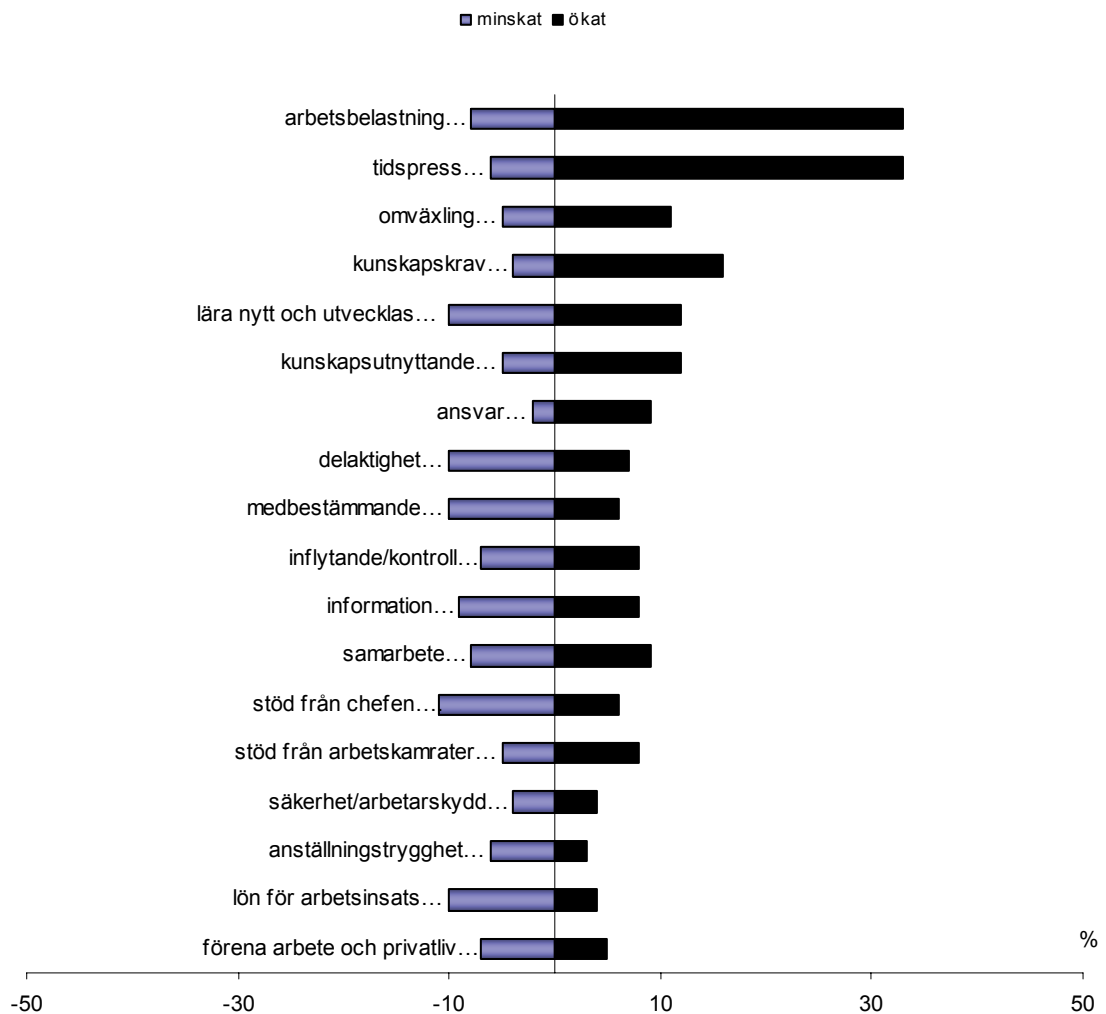
Drygt hälften av studiegruppen svarade att de inte hade ergonomisk rådgivning och då framför allt de nyanställda. De flesta, 34 procent, fick det när de bad om det och hälften av alla som fick rådgivning var ganska nöjda med den. Mindre än hälften använde sig ganska ofta av förflyttningshjälpmedel och det minskade över tid, främst bland sjuksköterskor och undersköterskor. En tredjedel av personalen stördes ibland

av förseningar i hjälpmedelshanteringen. Mest störda var arbetsterapeuterna med över hälften som rapporterade att detta hände ofta.

Psykosociala aspekter på arbetsmiljön

De psykosociala förhållandena avser arbetsuppgifterna i sig samt samspelet mellan ledning, medarbetare, patient och deras närstående. De flesta i studiegruppen kände sig nöjda med resultatet av sitt arbete och det ökade över tid. Mest nöjd var kuratorerna och minst nöjda var arbetsterapeuter och undersköterskor. De nyanställda var mindre nöjda än de övriga.

De flesta ansåg att arbetsförhållandena var oförändrade jämfört med föregående år. De flesta att arbetsförhållandena var oförändrade jämfört med föregående år. Störst andel svar att en ökning skett fick frågorna gällande arbetsbelastning och tidspress, se figur 6. De resurser som finns i organisationen för att handskas med höga arbetskrav, som till exempel stöd från chefen, medbestämmande, inflytande samt lära nytt och utvecklas hade inte ökat i samma omfattning.



Figur 6. Andel (%) som rapporterade en ökning eller minskning i olika psykosociala arbetsförhållanden jämfört med för ett år sedan (n=511).

Man var dock generellt mer nöjd med de psykosociala arbetsförhållandena vid mättillfälle 2005, utom när det gällde delaktighet, inflytande, påverkansmöjligheter, stöd från chef och anställningstrygghet som inte hade förändrats. Främst var man nöjd med ansvaret för sina arbetsuppgifter samt stöd och uppbackning från arbetskamrater. Minst nöjd var man med lönen i förhållande till arbetsinsatsen, det gällde särskilt undersköterskorna. Mest nöjd med lönen var läkarna. De nyanställda var mindre nöjda med delaktighet, anställningstrygghet och säkerhet/arbetarskydd.

Uppdelat på yrkesgrupper var sjuksköterskorna främst missnöjda med delaktighet, medbestämmande, information, stöd från chefen och tidspress. Undersköterskorna var mest missnöjda med medbestämmandet, delaktighet, information, säkerhet, samarbete, lära nytt och utvecklas samt stöd från chefen. Läkarna var främst missnöjda med tidspressen och möjligheten att förena arbete och fritid. Sjukgymnasterna blev över lag nöjdare med den psykosociala miljön. Mest missnöjda var de med informationen. Arbetsterapeuterna var framför allt missnöjda med medbestämmande, delaktighet, säkerhet och arbetsbelastning och kuratorerna med möjligheten att lära nytt/utvecklas och stöd från chefen.

Extra psykiskt påfrestande arbetsinslag

För samtliga deltagare förekommer flera extra psykiskt belastande inslag som en naturlig del av arbetet till exempel vård av döende patienter och vård av patienter med kronisk smärta. I tabell 2 redovisas hur ofta andra extremt påfrestande arbetsinslag förekommer vid de båda mättillfällena. Där det skiljer sig över tid är resultatet redovisat med fet stil.

Långdragna sjukdomsförlopp är det arbetsinslag som oftast förekommer tillsammans med att personalen ofta får ta emot patienters och närståendes oro, ställs inför etiska och moraliska svårigheter och att de går från en svår uppgift direkt till nästa. De flesta svåra arbetsinslag minskade dock i förekomst över tid främst för sjuksköterskor och undersköterskor. Framför allt minskade andelen som upplevde att de hade svårighet att ge smärtlindring och det gällde särskilt läkarna. Kuratorerna hade en ökad andel som kände oro för att göra fel. Endast en liten del av personalen upplevde krav som man inte kunde tillfredsställa. Det man främst upplevde var krav från patienter och närstående, vilket framför allt arbetsterapeuterna kände. De upplevde också att kraven från patienter ökade över tid.

Tabell 2. Andel (%) personal som uppgivit att de påfrestande arbetsinslagen förekommer *ofta/ibland* uppdelat på mättillfälle 2000/mättillfälle 2005 (n=448/511). Resultat som är skrivet i fet stil har förändrats signifikant över tid.

PÅFRESTANDE ARBETSINSLAG	ofta/ibland 2000	ofta/ibland 2005
Långdragna sjukdomsförlopp	94	90
Att få ta emot/bära mycket av patienters oro/bördor/livsöden	92	83
Att ställas inför etiska/ moraliska svårigheter	85	80
Att få ta emot/bära mycket av närståendes oro/bördor/livsöden	89	79
Att gå från en svår uppgift direkt till nästa svåra uppgift	93	79
Svårigheter att ge/åstadkomma smärtlindring	81	56
Flera dödsfall i rad	82	76
Oväntade eller dramatiska dödsfall	56	48
Att ta emot patienters missnöje	56	49
Att ta emot närståendes missnöje	57	50
Att ensam identifiera behov hos pat. som man inte får gehör för	40	26
Att ensam identifiera behov hos närstående som man inte får gehör för	35	23
Att känna skuld över att inte kunna göra det som pat. önskar	40	31
Att känna skuld över att inte kunna göra det som närstående önskar	36	27
Att identifiera sig med vissa patienter	38	31
Att få ta ett för stort eget ansvar	38	31
Att känna oro för att göra fel	43	42

Att man fick nödvändig utbildning och instruktioner i psykologiskt relaterade frågor för att kunna utföra arbetsuppgifterna på ett bra sätt rapporterade 30 procent av personalen, främst kuratorerna. Bland de nyanställda svarade en större andel att de inte fick detta.

Regelbunden handledning i psykologiskt relaterade frågor fick tre fjärdedelar av personalen och över hälften var ganska nöjda med det. Stöd vid akuta patientrelaterade händelser och vid icke-patientrelaterade händelser fick knappt en fjärdedel av personalen, varav cirka hälften var nöjda med detta. Bland de nyanställda fick en mindre andel detta stöd och de var inte lika nöjda.

Nästan alla deltagare svarade att det på enheten fanns rutiner för att rapportera avvikande händelser och hälften att det fanns rutiner för krishantering. Knappt en fjärdedel svarade att det fanns rutiner i händelse av att någon blir anmäld till ansvarsnämnden men andelen ökade under perioden. Bland de nyanställda fanns en större andel som inte kände till om det fanns rutiner för när någon blir anmäld till ansvarsnämnden.

Hot och våld i arbetet

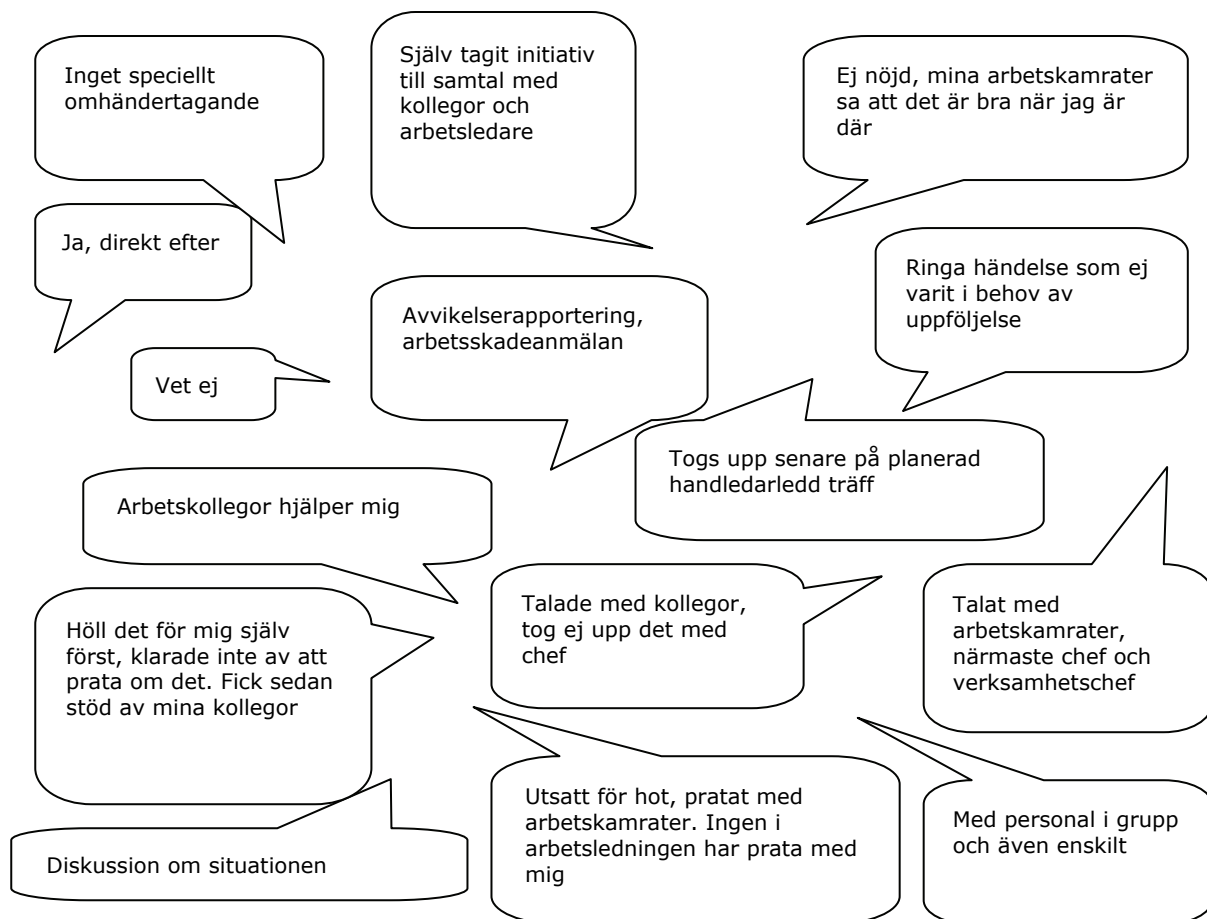
Förekomsten av hot om våld eller våld i arbetet i olika situationer var lika som tidigare. Vid mättillfället 2005 svarade 41 procent att de hade blivit hotade i arbetet men

inte utsatta för någon våldshandling. Hot från djur var mest förekommande med 34 procent och det upplevde framför allt sjuksköterskorna. Framför allt undersköterskor och läkare rapporterade hot om våld från patienter och hot från närstående läkare och arbetsterapeuter. Hot om våld vid resa till och från patientens hem utsattes framförallt undersköterskor och sjuksköterskor för. Hot var mindre vanligt bland de nyanställda med undantag av hot på väg till och från patientens bostad.

Våld förekom mindre ofta och 17 procent hade upplevt detta i någon situation. Våld från patienter var vanligast och det drabbade framför allt undersköterskor och läkare. Våld från djur rapporterades av fem procent, de nyanställda mer sällan. Diskriminering och sexuella trakasserier från patienter och anhöriga var sällan förekommande. De som främst upplevde detta var undersköterskor och sjukgymnaster.

Den vanligaste reaktionen efter en incident med våld eller hot om våld var att den utsatte kände sig spänd i kroppen. Av dem som besvarade frågorna om post-traumatiskt stressyndrom befann sig tre procent i riskzonen och då främst de som varit utsatta för både hot och våld.

Stödet efter en händelse varierade. Vissa ansåg sig inte behöva stöd, andra ansåg sig behöva stöd men fick det inte. Några fick stöd spontant av arbetskamrater eller systematiskt i handledning. Nedan presenteras valda citat om hur man blivit omhändertagen.



Vid det andra mättillfället var det fler som tyckte att de hade tillräcklig kunskap om säkerhetsfrågor och som kände till att det fanns rutiner på enheten i händelse av hot eller våld. Å andra sidan varierade det mycket mellan enheterna. Knappt hälften hade någon gång fått utbildning för att hantera konflikter och hotfulla situationer och skillnaden var stor mellan enheterna. Utbildningen förekom oftare bland kura-

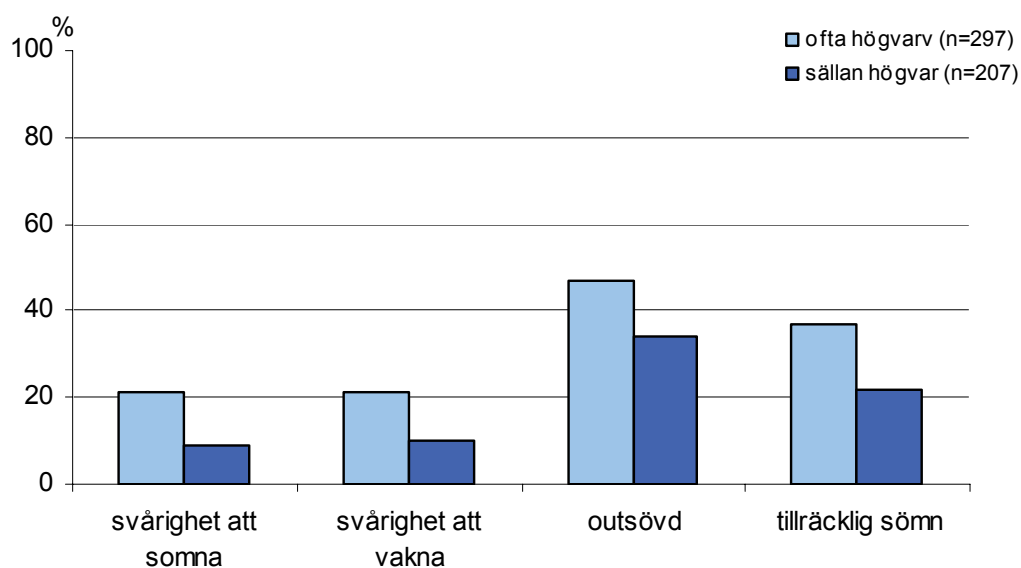
torerna och mindre ofta bland sjukgymnasterna. Nyanställda hade mer sällan fått utbildning och kände inte lika ofta till att det fanns en handlingsplan. Utbildningarna som personalen hade fått varierade i tid och innehåll. Vissa fick utbildning på sin nuvarande arbetsplats medan andra hade fått det vid tidigare anställningar eller i sin yrkesutbildning. Ett antal hade fått utbildning nyligen medan andra hade fått den för flera år sedan.

En kommentar från en enhet där ingen visste om att det fanns en handlingsplan i händelse av hot eller våld:

Det är i vår region inte vanligt förekommande med hot. Skulle det uppstå känner jag dock inte vår enhets policy och handlingsplan. Detta är en viktig fråga att diskutera innan problemet dyker upp.

Sömn

I enkäten fanns sex frågor om hur deltagarna upplevde sin sömn. De flesta upplevde sällan sömnproblem och det minskade över tid. Men nästan hälften av personalen kände sig inte riktigt utsövd vid uppvaknandet och det gällde framförallt den paramedicinska personalen. Svårigheter att somna och att vakna minskade över tid för sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster. En ökande andel upplevde att de fått tillräckligt med sömn. Andelen som tyckte att sömnkvaliteten i stort var bra minskade över tid. Det var ingen skillnad mellan yrkesgrupperna, mellan grupperna med olika arbetsschema eller mellan dem som hade beredskap eller inte. Deltagare som arbetade enbart på dagen ansåg sig i mindre utsträckning få tillräckligt med sömn i jämförelse med dem som arbetade på förmiddagar, eftermiddagar eller på natten. De som ofta arbetade på högvarv utan möjlighet att varva ned hade mer sömnproblem förutom när det gällde att vakna för tidigt och ha svårt att somna om, se figur 7.



Figur 7. Andel (%) negativa svar (*alltid/ofta*) vid mättillfälle 2005 på frågor om sömnproblem uppdelat på om man ofta eller sällan arbetade på högvarv utan att ha möjlighet att varva ner (n=297/207).

Hälsa

De flesta upplevde sitt allmänna hälsotillstånd som bra. Men de som tyckte att det var mycket bra minskade, framför allt bland sjuksköterskorna. De faktorer som främst bidrog till att förklara förändringen i den allmänna hälsan var sömnkvalité, balans mellan arbete och privatliv, ansvar för de egna arbetsuppgifterna och krav från chefen som är svåra att tillfredsställa.

Rapporterad huvudvärk och hjärtbesvär förändrades inte över tid, medan magbesvären minskade främst för sjuksköterskor och sjukgymnaster. Det var ingen skillnad mellan yrkesgrupperna förutom när det gällde magbesvär som var vanligare bland undersköterskorna. Även bland nyanställda fanns en större andel som rapporterade magbesvär.

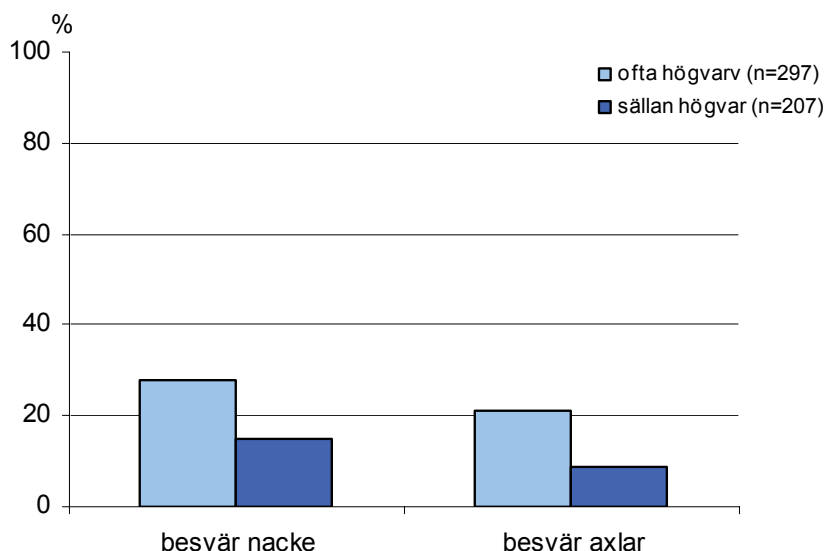
Risk för psykisk utmattning minskade över tid, framför allt för sjukgymnasterna. Det var ingen skillnad mellan yrkesgrupperna. Faktorer som i studien visat sig ha betydelse för psykisk utmattning var framför allt: känslan av att inte vara utsövd:

- att arbeta på högvarv utan möjlighet att varva ned
- om man var nöjd med arbetsresultatet
- balans mellan arbete och privatliv
- oro för att göra fel
- krav från chefen som är svåra att tillfredsställa

När det gäller besvär med rörelseorganen så rapporterade drygt en tredjedel av personalen att de hade ont minst ett par dagar per vecka från någon del av kroppens rörelseorgan. Kvinnor upplevde det oftare än män och de nyanställda mer sällan. Mest rapporterades besvär i övre delen av ryggen eller i nacken, därefter kom besvär i nedre delen av ryggen och det ökade över tid. Dagliga besvär i nedre delen av ryggen minskade dock över tid, även för besvär i handleder och händer och i höfter och lår. Inga skillnader fanns mellan yrkesgrupperna förutom att undersköterskorna hade mera besvär med knäna. En större andel kvinnor än män hade någon gång i veckan besvär i övre delen av ryggen och axlar eller armar. En mindre del av de nyanställda hade ont i axlar eller armar, handleder och knän.

Som främsta orsak till besvär i rörelseorganen angavs den fysiska arbetsmiljön. De som hade besvär i någon del av kroppens rörelseorgan hade mer besvär av en alltför kall eller varm bil. Besvär i nedre delen av ryggen hade samband med oönskade arbetsställningar, kroppslig ansträngning och andra tunga förflyttningar.

Besvär i övre delen av ryggen eller nacken och i armar eller axlar hade även samband med sämre sömnkvalité och andra sömnfaktorer. Andra faktorer i arbetet som att man arbetade på högvarv utan att ha möjlighet att varva ned påverkade också dessa besvär. De som ofta arbetade på högvarv hade mer besvär än de som sällan gjorde det, se figur 8.



Figur 8. Andel (%) svar *varje dag/ett par dagar i veckan* vid mättillfälle 2005 på frågor om besvär i nacke och axlar uppdelat på om man ofta eller sällan arbetade på högvarv utan att ha möjlighet att varva ned (n=297/207).

Skillnad mellan driftsformerna

Det fanns nästan lika många enheter inom de olika driftsformerna. De privata enheterna var mindre om man såg till antalet anställda. I de privata enheterna fanns fler sjuksköterskor och färre läkare. Personalen inom de privata verksamheterna hade mer erfarenhet av att arbeta med avancerad hemsjukvård och upplevde i stort sin arbetssituation mera positivt än de anställda i landstingets egen regi.

Jämför man däremot enheter av samma storlek i de olika driftsformerna så försvinner många av skillnaderna. De som kvarstod var framförallt att de privat anställda stördes mer av rökning och bristande hygien hos patienten samt mindre av dålig belysning på den egna arbetsplatsen.

Bland privat anställda fick en större andel regelbunden handledning i ergonomi och det var mer nöjda med detta. Personal inom landstingets egen regi hade en större andel som fick handledning i psykologiskt relaterade frågor när de bad om det och de var mindre nöjda med detta.

I privata enheter fanns fler anställda som kände till rutiner för krishantering och som ansåg sig ha tillräckliga kunskaper i säkerhetsfrågor. Anställda i landstingets egna verksamheter upplevde oftare krav från anhöriga som inte kunde tillfredsställas.

Slutsatser och kommentarer

Verksamheten inom den avancerade sjukvården i hemmet minskade i antalet enheter men ökade i antalet anställd personal under de fem år som gått mellan de två mättillfällena 2000 och 2005. Nästan samtliga enheter deltog vid båda mättillfällena och deltagarantalet var vid det första mättillfället 448 och vid det andra 511 perso-

ner. Svarsfrekvensen var 73 respektive 75 procent. Bortfallsanalys har inte gjorts vid något av mättillfällena, därför kan inga slutsatser dras om den fjärdedel som inte besvarade enkäten.

En förklaring kan vara att man var enkättrött eftersom en stor arbetsplatsundersökning genomförts under våren. Detta medförde också att kartläggningen 2005 genomfördes på hösten, i stället för under våren som planerat. Några enheter befann sig i ett upphandlingsskede, vilket gjorde att ett antal av dessa tackade nej till att delta i kartläggningen 2005. Över hälften av deltagarna vid mättillfälle 2005 var inte anställda vid det första mättillfället 2000, men resultatet visade att den gruppen inte skiljer sig nämnvärt från den grupp som arbetat i mer än sex år.

Verksamheterna hade omorganiserats genom att de slagits ihop eller fått en annan driftsform. När det gäller driftsformer så var det vid mättillfället 2005 nästan lika många enheter som drevs i privat regi som i landstingets egen regi. Personalen inom den privata verksamheten upplevde i stort sin arbetssituation mer positivt än de anställda inom landstingets verksamhet. Det var dock ingen skillnad i upplevd hälsa. De privata verksamheterna bestod oftare av små enheter. Om man bortsåg från de stora enheterna i landstingets egen verksamhet så att enheterna i respektive driftsform blev mer lika i storlek försvann många av skillnaderna. Detta talar för att arbetsplatsens storlek har större betydelse än driftsform.

Studiegruppen var relativt lika över tid. Upplevelsen av arbetsmiljön hade i vissa delar förbättrats medan hälsan var relativt lika. Att personalen inom ASIH med jämna mellanrum träffats i nätverket för att diskutera arbetsmiljöfrågor kan vara en orsak till att arbetsmiljön i många fall har förbättrats över tid. Några arbetsmiljöfrågor bör dock uppmärksammas särskilt.

Övertidsarbete förekom i samma omfattning som vid kartläggningen 2000 men registrerades mer sällan. Framför allt gällde det läkarna där nästan hälften arbetade övertid, men endast en fjärdedel registrerades. Det är viktigt att övertiden registreras, annars kan åtgärder inte sättas in för att minska detta. Det bör uppmärksammas att läkarna var missnöjda med tidspressen och att över hälften oftast arbetade på högvarv utan att ha möjlighet att varva ned. Många läkare hoppade även över rasterna och var missnöjda med möjligheten att förena arbete och fritid. Dessa faktorer bidrar till en ökad risk för psykisk utmattning. Återhämtning efter arbetstoppar är viktig för att personalen ska orka med sitt arbete. Nya EU-regler för arbetstider kan möjligen uppmärksamma övertidsproblemet.

Att sömnen har betydelse för hälsan i stort och för risken att bli psykiskt utmattad är väl känt och bekräftades också i denna studie. Sömnproblemen minskade över tid medan upplevelsen av sömnkvalitén försämrades. Det kan bero på att man lägger in andra värderingar i sömnkvalité än i de mera specifika frågorna om sömn. De som ofta arbetade på högvarv utan att ha möjlighet att varva ned hade sämre resultat på nästan samtliga sömnfrågor jämfört med dem som sällan arbetade på högvarv. Denna grupp hade också mer besvär med nacke och axlar och var en av de faktorer som bidrog till risk för utmattning. Återhämtning efter hög arbetsbelastning bör uppmärksammas mer på den enskilda arbetsplatsen.

Ensamarbete ökade över tid och resultatet visade att personalen såg både för- och nackdelar med att arbeta ensam. I Arbetsmiljöverkets föreskrift om ensamarbete¹¹ står att ensamarbete i sig inte behöver vara påfrestande men att upplevelsen varierar för olika personer. Där ges exempel på när ensamarbete har orsakats av sociala miljöförhållanden.

Andra situationer som beskrivs är risken för att omgivande människor saknar behövlig yrkeskunskap för att hjälpa arbetstagaren i en oväntad och komplicerad situation. Det är arbetsgivarens ansvar att utarbeta riktlinjer för hur de negativa följderna på lämpligaste sätt ska kunna minskas. Inom den avancerade hemsjukvården hade man genom att ha flera anställda i tjänst samtidigt ökat möjligheten till support

av en kollega om något inträffade. Det blir då viktigt att man utan betänklighet verkligen vågar be om hjälp när man behöver det. Men denna åtgärd kan även bidra till en falsk trygghet, eftersom man inte kan räkna med att en kollega kan komma direkt vid akuta händelser. Den kollega som blir kallad till en akut situation kan också reagera med stress, eftersom det kan innebära att arbetsuppgiften med den egna patienten måste avbrytas. Det krävs att organisationen är öppen för problemet och håller diskussionen levande. Resultatet indikerar att så inte var fallet på alla enheter, med tanke på att över hälften svarade att de inte visste om det fanns handlingsplan eller rutiner för ensamarbete.

Arbetsbelastningen och tidspressen hade ökat under det senaste året för drygt en tredjedel av personalen. De flesta var dock i stort mer nöjd med de psykosociala arbetsförhållandena och majoriteten kände sig nöjda med resultatet av sitt arbete, med ansvaret för sina arbetsuppgifter och med stödet från arbetskamraterna. Man var också nöjd med inflytande och kontroll över det egna arbetet, vilket gör att man bättre kan hantera höga arbetskrav. Andra resurser i organisationen som behövs för att handskas med höga arbetskrav, till exempel stöd från chefen, medbestämmande samt möjlighet att utvecklas och lära nytt, ökade inte i samma omfattning. De olika yrkesgrupperna var missnöjda med olika stödfunktioner vilket bör diskuteras ytterligare inom respektive yrkesgrupp. Stödet från chefen var främst sjuksköterskor, undersköterskor och kuratorer missnöjda med. Medbestämmandet var främst undersköterskor, sjuksköterskor och arbetsterapeuter missnöjda med. Möjligheter till att utvecklas och att lära sig nya saker var framförallt undersköterskor och kuratorer missnöjda med.

I personalens arbete ingår dels lyft av patienter och dels andra lyft i samband med transporter av material och utrustning. Fysiska belastningar i form av tunga patientförflyttningar hade inte förändrats medan andra tunga förflyttningar liksom upplevelsen av kroppslig ansträngning minskade. Det enda som ökade över tid var kombinationen av andra tunga lyft och obekväma arbetsställningar, främst för sjuksköterskorna. Tungt arbete rapporterade främst arbetsterapeuterna. Vid mättilfället 2000 gjordes en jämförelse med sjukvårdspersonal generellt i Stockholms län. Fysiska belastningar förekom inte i högre grad för personal som arbetade i avancerad hemsjukvård. Ett stort problem är dock att arbetet sker i patientens hem och det finns därför inget stöd i Arbetsmiljölagen som garanterar en god arbetsmiljö. Trånga utrymmen och dåliga arbetsställningar var också störningsmoment som de flesta rapporterade. Dessa faktorer i kombination med tunga lyft påverkade besvär i nedre delen av ryggen.

Att ungefär hälften svarade att de inte hade ergonomisk rådgivning och att användandet av förflyttningshjälpmedel minskade över tid är något som bör uppmärksammas. Besvär i ryggen kan förebyggas genom att personalen lär sig hur de ska minska de obekväma arbetsställningarna. Vid en av nätverksträffarna fick deltagarna rådet att filma olika arbetssituationer i patientens hem för att öka uppmärksamheten på kroppshållning och arbetsställningar. Vid ergonomisk rådgivning skulle man sedan kunna ta upp olika situationer och diskutera hur man på bästa sätt kan förebygga och hantera dessa.

Problem med förseningar i hjälpmedelsutkörningen kom upp under nätverksträffarna och en arbetsgrupp bestående av arbetsterapeuter arbetade med frågan under flera år. Arbetsgruppen gjorde en egen enkätundersökning som visade att problemen främst förekom i södra delen av Stockholms läns landsting. De avvikelserapporter som skrivs när hjälpmedel inte kommer som de ska, skickas till hjälpmedelscentralen som i sin tur bekräftar att de fått in dem. Något annat görs inte. Samma rapporter har det senaste året även sänts till beställarna. Därifrån har ingen bekräftelse kommit. Hjälpmedelscentraler och transportföretag upphandlas med några års mellanrum. Beställarna verkar inte ha något system där de följer upp hur beställ-

ningarna fungerar. De har inte heller någon kontakt med personalen inom ASIH. Verksamheten inom ASIH är speciell och kan i många fall betraktas som akutvård. Detta verkar inte beställarna ta fasta på i sina beslut.

Resultatet från mättilfället 2005 visar att en tredjedel av personalen störs av att hjälpmedlen inte kommer i tid. Främst gällde det arbetsterapeuterna eftersom hjälpmedelshanteringen utgör en av deras huvuduppgifter. Arbetsterapeuterna upplevde att kraven från patienter ökade över tid vilket kan vara en bidragande orsak till att de var minst nöjda med resultatet av sitt arbete. Förseningar i hjälpmedelshanteringen påverkar inte bara personalen utan även patienterna eftersom hjälpmedel (till exempel en säng) ibland levererades till patientens hem först när patienten hade avlidit. Problemet uppstår på grund av bristande kommunikation mellan flera inblandade aktörer.

Passiv rökning kunde störa personalen under besöket i patientens hem. Röken sätter sig dessutom i kläderna så att andra patienter kan bli störda. Detsamma gällde husdjur, där ämnen i djurens päls kunde orsaka besvär för personalen eller andra patienter. I vissa fall kunde personalen uppleva hot från djuren eller att de störde deras arbete och om djuren stängdes in skulle detta undvikas helt. Några enheter hade i sina välkomstbroschyrer förslag till patienterna för att minska dessa störningsmoment. En broschyr om just detta, som alla enheter kan använda, togs fram av Arbets- och miljömedicin. Där står att djuren bör stängas in under själva besöket.

Eftersom den största delen av verksamheten bygger på att personalen vårdar patienterna i deras hem, är personalen beroende av att kunna ta sig fram med bil. Bristande framkomlighet blir därför en betydande stressfaktor. Parkeringsmöjligheter i anslutning till patientens bostad har betydelse i två avseenden – att minska den fysiska belastningen och att minska risken för att bli utsatt för hot och våld.

Resultatet av kartläggningarna visade att de bilrelaterade problemen inte hade förändrats. Drygt en tredjedel hade fortfarande problem med parkering i anslutning till patientens bostad. Problemen var av varierade grad beroende på om man verkade i landsbygd eller i stadsmiljö. En tiondel fick ofta parkeringsböter som ibland fick betalas ur egen ficka, ibland av enheten. Att överklaga parkeringsböter tar mycket tid från den ordinarie verksamheten. Av enkätsvaren framgick att man sammanlagt under en vecka ägnade 540 timmar på bilproblem av olika slag, vilket motsvarar drygt 13 heltidstjänster.

Den grupp i nätverket som arbetat med parkeringsfrågan har i fem år försökt nå ansvariga för att få hjälp med problem som rör parkering och framkomlighet framför allt under högrafik. En medvetenhet finns för problemen men ingen förändring har hittills skett. Den här typen av störningsmoment behöver lösas högre upp i organisationen där det finns mandat för att ta långsiktiga beslut. För att nå en lösning krävs att flera parter tillsammans tar tag i frågan.

Hälften av personalen påtalade problem med bilen vintertid. De som hade besvär i nedre delen av ryggen stördes mer än andra av att bilen var kall när de satte sig i den. Annat som besvärade var skrapning av isbelagda bilrutor. Hur man förvarade bilarna varierade mellan enheterna, några kunde parkerade under tak, andra inte. Kupévärmare fanns på vissa enheter. Även när personalen förflyttade sig mellan patienterna var det svårt att hålla en jämn temperatur i bilen. Ryggbesvär kunde också orsaka problem att ta sig in och ut ur bilen. För att mildra besvären har några enheter försett sig med en speciell rund ”mjukvridmatta” att lägga på sätet.

De psykiskt svåra arbetsinslagen minskade över tid men var fortfarande omfattande. Förekomst av psykiskt belastande inslag försöker organisationen möta med stöd i form av utbildningar eller handledning. Tre fjärdedelar av personalen får det regelbundet men drygt hälften av de nyanställda hade inte fått det alls. Det bör uppmärksammas att nyanställda snabbt får tillgång till detta. De nyanställda hade också en större andel som inte visste om det fanns handlingsplaner för olika situationer. I

introduktionen av nyanställda bör de få information om handlingsplaner och rutiner för hur man ska hantera olika situationer. För att hålla frågorna vid liv även för den övriga personalen kan en del av handledningstiden avsättas för att diskutera faktiska situationer och hur man kan gå tillväga för att lösa problem. Några enheter använder regelbundet metoden ”efter-döden-samtal” för att underlätta bearbetning och hanteringen av dödsfall. Metoden har spridits till övriga enheter via nätverket och bör användas kontinuerligt.

Drygt hälften av studiegruppen hade upplevt hot om våld eller direkt våld. Fler än vid kartläggningen 2000 hade kännedom om att det fanns handlingsplaner och rutiner för att hantera detta. Ökningen kan bero på att frågan togs upp vid flera nätverksträffar. Ett förslag på vilket material som borde finnas, samlat i en pärm eller liknande, togs fram av en deltagare i nätverket. Att kunskapen varierade mellan enheterna kan betyda att vissa enheter bättre lyckats hålla kunskapen vid liv. Det poängterades vid flera nätverksmöten att innehållet i pärmen hela tiden måste hållas aktuellt och att särskilt tänka på de nyanställda. Även nödvändigheten av att ha lätt åtkomliga och konkreta rutiner om något händer poängterades. Sådana händelser påverkar personalen mycket. Av dem som varit utsatta befann sig tre procent inom riskzonen för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom. Den som någon gång varit utsatta för hot eller våld var mer i riskzonen för utmattning än den som inte varit utsatt.

Stödet efter en händelse varierade från att man inte tyckte att man behövde stöd till att man kanske behövde men inte fick stöd, att man fick stöd spontant av arbetskamrater eller i systematisk handledning. Att stöd är en viktig del i förebyggandet av personalens psykiska hälsa har tidigare påvisats i en studie där man fann mer posttraumatiska stressreaktioner hos personal som inte erbjudits psykologiskt stöd¹². En annan studie visar att den psykiska belastningen minskar vid behovsanpassat psykologiskt stöd¹³.

Referenser

1. SBU (1999) Avancerad hemsjukvård och rehabilitering. Effekter och kostnader. SBU-rapport, 1999:146.
2. Socialstyrelsen (2006) Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Socialstyrelsen Stockholm, 2006.
3. Ljunggren G (2000) Den specialiserade hemsjukvården i Stockholms läns landsting våren 2000 jämförd med 1997 och 1998. RAI-enhetens rapportserie nr 13. Centrum för Gerontologi och Hälsoekonomi, SLL, Stockholm 2001.
4. Backman L, Leijon O & Pernold G (2001) Arbetsmiljön inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län. Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin Yrkesmedicinska enheten, 2001:1.
5. Arnetz J E & Arnetz B B (2001) Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine*, 52, 417-427.
6. Schulman A, Bergsten Brucefors A, Hochwälder J & Håkansson E (2003) Psykiska belastningar inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län. Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin, Enheten för psykisk hälsa, 2003:5.
7. Backman L (2007) Fem år senare. Uppföljning av arbetsmiljön inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län: Resultatdel. Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Arbets- och miljömedicin, 2007:2.
8. Petterson I-L (1997) Healthcare in transition – threat or opportunity? Psychosocial work quality and health for staff and organisation. Stockholm. Karolinska Institutet.
9. Backman L (2000) Psykisk ohälsa bland skolans personal. Risk för utbrändhet? Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin, Yrkesmedicinska enheten, 2000:1.
10. Lundin T (1995) Stressreaktioner och psykiskt trauma. Helsingborg: Rhone. Poulence Rorer AB.
11. Arbetsmiljöverket (1982) Ensamarbete. Arbetarskyddsstyrelsen författningssamling, AFS 1982:3
12. Hochwälder J, Ivarsson A-K & Widell J (2002). Posttraumatiska stressreaktioner hos ambulanspersonal inom Jämtlands läns landsting. En explorativ studie. Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin, Enheten för Psykisk hälsa, 2002:5.
13. Michélsen H, Sebrant U & Schulman A. (2006). Att förebygga psykisk belastning i sjukvårdsarbete. Ett interventionsprojekt. Stockholms läns landsting. Centrum för allmänmedicin, 2006:1.

Bilagor

Bilaga 1: Tema på nätverksträffarna

Hot och våld

Man pratade om personbundna larm och visade upp ett larm som hade provats på någon enhet och som hade varit ute på marknaden sedan början av året. Det var en kombination med mobiltelefon och personlarm. Den bygger på GPS/GSM-tekniken. Apparaten är liten och enkel att bära med sig.

Det gavs tips på två självförsvarskurser som personal på några enheter hade gått. Kurserna är inte så mycket inriktade på teknik och övningar, utan mer på hur man kan uppfatta signaler och förebygga hot och våld. De är båda skraddarsydda efter behov. Ett förslag som kom fram på mötet var att om man är ett mindre antal på en enhet som vill gå en kurs så kan man höra sig för med andra enheter om de kan tänka sig att gå ihop och dela på en kurs.

En deltagare berättade om en händelse som inträffade för någon tid sedan och vad man på enheten hade lärt sig av händelsen. Hon berättade att man haft god hjälp av sin "hot-och-våld-pärm" där det fanns instruktioner för vad personalen steg för steg skulle göra vid en sådan händelse.

Man diskuterade vilken policy man har när man tar sig an nya patienter. Gör man en riskbedömning innan? Hur förmedlas information vidare till alla anställda om frågor om hot och våld? Har man kontakt med psykiatrin om så behövs?

Tips

- En bok av J Arnetz: Våld i vårdarbete. Ett utbildningsmaterial om hot och våld för personer som arbetar inom vården utgiven av Studentlitteratur, 2001. I boken presenteras ett instrument för registrering och hantering av våld.
- Policy om säkerhet i SLL har tagits fram och finns på hemsidan www.sll.se.
- På Arbetsmiljöverkets hemsida www.av.se finns information om hur man kan förebygga våld och hot i arbetsmiljön, vilka regler som gäller och en checklista. Där finns också föreskrifterna:
- AFS 1998:3 Ensamarbete
- AFS 1993:2 Våld och hot i arbetet
- AFS 1999:7 Första hjälpen och kristöd.
- På www.folkhalsoguiden.se finns faktabladet "Hot och våld i vården".

Ergonomi

Två sjukgymnaster berättade om sitt arbete med att förbättra ergonomin för personalen. Ett av problemen inom ASIH är att man oftast inte kan anpassa miljön i

hemmet så att den blir optimalt bra som arbetsmiljö för personalen. Men man kan hela tiden fundera på vad man kan göra för att förbättra förhållandena så mycket som möjligt. Många gånger tänker inte personalen på hur de väljer att inta en arbetsställning. En god kroppsuppfattning gör att man uppmärksammar sin arbetsställning, alltså om man sitter eller står fel, inte böjer benen som man borde, vrider sig i onödan och liknande. Att ha bilder som är tagna under ett hembesök är ett bra underlag när man funderar på hur man praktiskt kan förbättra olika situationer som uppstår. På bilderna kan man även se om belysningen och andra förhållanden kan förbättras.

Vad man främst bör tänka på är att hela tiden arbeta systematiskt med dessa frågor. Enligt arbetsmiljölagen och Arbetsmiljöverkets föreskrifter ska arbetsgivaren kartlägga vilka risker som kan uppstå i arbetet, till exempel vid olika förflyttningssituationer, och vidta åtgärder för att förebygga att skador uppstår. Arbetsgivaren ansvarar för att det finns rutiner för detta och att varje anställd har tillräckliga kunskaper för sina arbetsuppgifter. Den anställda som finns ute i verksamheten måste dock hela tiden göra egna riskbedömningar och vid behov informera arbetsgivaren om problem och risker. Att utbilda personalen är ett sätt att förebygga skador både hos personal och patienter och utbildningen bör vara av god kvalitet. Man bör även hela tiden påminnas om vikten av att så långt som möjligt tänka på detta, så att personalen håller sig frisk, olycksfri och orkar arbeta så länge som man vill. Ett sätt att göra detta är att ha ett ryggombud på varje enhet.

Tips

- Man kan läsa mera om förflyttningstekniker på www.sjukvaradsradgivningen.se/handboken och sedan gå vidare till Arbets teknik – förflyttningsteknik.
- En ”mjukvridplatta” som sätts på sätet i bilen för att underlätta i- och urstigning används på flera enheter. Vridplattan är mjuk och 45 cm i diameter.
- På en enhet används dragkärror i stället för ryggsäckar. Man visade upp två varianter.
- En enhet har kontakt med en väskfabrik för att ta fram en prototyp av en dragkärra. Den ska vara lätt, av tåligt material, ha stora hjul och vara delbar så att man kan ta med sig det man behöver just för tillfället. En tanke är att man som personal ska ha möjlighet att ha en egen liten ”väskdel” som kan läggas in i dragkärrans väska. Väskan bör ha en mycket lång garantitid.
- På en enhet används en låda packad med det som alltid behövs hos varje patient. Lådan ställs hos patienten vid de första besöken och finns kvar där så länge den behövs. Lådan är av plast.
- På en enhet har man själv tillverkat en liten väska som innehåller det som måste finnas med vid akuta besök.
- Tips gavs på droppställningar lämplig för hemsjukvård.
- Ett examensarbete som handlar om arbetsbelysning och synergonomi för personal inom hemsjukvården pågår. Man vill där även testa olika belysningslösningar.

- På Prevents hemsida www.prevent.se finns allmänna checklistor eller branschlistor för till exempel hemtjänst, äldreomsorg och primärvård. De kan användas vid skyddsronde eller i det systematiska arbetsmiljöarbetet.
- På Arbetsmiljöverkets hemsida www.av.se kan man hitta föreskrifterna:
AFS 1983:6 Arbetsställningar och arbetsrörelser
AFS 1990:18 Omvårdnadsarbete i enskilt hem
AFS 2000:1 Belastningsergonomi, manuell hantering
AFS 1998:1 Belastningsergonomi
AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete

Ledarskap

Dalens palliativa enhet vann årets pris som bästa arbetsplats med motiveringen:

Bra ledning och information till de anställda, rotation i arbetet och ett systematiskt arbete med förbättringar karaktäriserar den vinnande arbetsplatsen.

Chefen på enheten berättade att genom att satsa på personalen, att ge dem frihet under ansvar och att möta varje person där den är just nu, har enheten fått en aktiv och kreativ personalgrupp. En tydlig organisation, tydliga mål och tydligt ledarskap är viktigt. Kontinuerlig dialog, att snabbt ta tag i konflikter, ta vara på idéer och kompetens, egen tid och flexibilitet är andra viktiga faktorer som påverkar arbetsmiljön positivt. På enheten arbetar man flexibelt på så sätt att personalen följer patienten, de jobbar alltså både inne på avdelningen och i hemmet. Man har valt att ha en separat handledning för personalen (med patientfokus) och en för ledarna (med personalfokus) och det har visat sig fungera bra.

Tips

- På Arbetsmiljöverkets hemsida www.av.se kan man hitta föreskriften:
AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete
- På Prevents hemsida www.prevent.se finns allmänna checklistor eller branschlistor för till exempel hemtjänst, äldreomsorg och primärvård. Kan användas vid skyddsronde eller i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Psykisk hälsa

En kort redogörelse från rapporten Psykiska belastningar inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län, Psykisk hälsa, 2003:5. Finns på hemsidan www.folkhalsoguiden.se. Man bör framför allt beakta "icke-händelser", det vill säga händelser som man vet inträffar men som inte uppmärksammas tillräckligt och som man inte gör något åt. Sådana händelser kan leda till en kronisk stress. På sidan 72 finns förslag på vad man konkret kan göra för att bibehålla den psykiska hälsan.

Man är inom ASIH väl medveten om att man har ett arbete med risk för psykisk ohälsa. Därför är man mån om att stödja varandra och att se till så att personalen får olika typer av stöd, framför allt i form av handledning. Hittills har detta varit en självklarhet som har respekterats av verksamhetens administration. I besparingstider finns dock risk för att just det psykologiska stödet kan dras in, vilket man måste vara observant på. Man saknade även en utbildning som lär ut hur individen reagerar psykiskt och fysiskt i olika krävande situationer.

Tips

- Broschyren Väger genom sorg kan beställas på www.folkhalsoguiden.se. Den kostar 15 kr plus porto och moms.
- På Arbetsmiljöverkets hemsida www.av.se finns olika föreskrifter om vilka regler som gäller och hur man kan arbeta för att förebygga att personalen drabbas av psykisk ohälsa. Till exempel AFS 1999:7 Första hjälpen och krisstöd.
- Efter-döden-samtal. Socialstyrelsen har gett ut ett delbetänkande och ett slutbetänkande i ämnet Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut (SOU 2000:6 och SOU 2001:6). I bilagan till SOU 2000:6 Utveckla kvaliteten i den palliativa vården finns på sidan 15 ett exempel på detta. Kapitlet heter ”Efterdöden-granskning” och beskriver en samtalsgång som utgår från Weismans kriterier för en god död, även kallad Weismananalys. Gå in på adressen www.regeringen.se och leta efter SOU- rapporter.
- C-uppsatsen Värdig vård vid livets slut – att förena rationalitet med humanitet. Institutionen för socialt arbete. Stockholms Universitet. Nr. 595
- Landstingsförbundets kortversion av Patientens säkerhet i hemsjukvården. Personalens uppfattning av potentiella risker. Rapport nr 1:2 2003. Skriften kan beställas via www.lf.se

Annat som kan underlätta arbetet

Även andra förslag som kan underlätta arbetet togs upp på nätverksträffarna.

- Taktil massage: Denna typ av massage anses lindra smärta och vara lugnande, rogivande och ångestdämpande. Den anses även stärka kroppsuppfattningen, öka förmågan till kommunikation, minska aggressivitet, stärka självkänslan och öka välbefinnandet. Metoden bygger på harmoniska rörelser och kräver 100 procents närvaro av den som masserar. Många team använder sig av denna metod. Patienterna som har fått massagen har varit nöjda och vill gärna fortsätta att få den. Det är dock viktigt att veta att det kan bli många känslor sin kommer fram hos patienten och att detta måste tas om hand. Därför är det bra om det finns ett organiserat stöd, så att personalen kan diskutera vad som hänt med patienten under massagen. Det är också viktigt att se massagen som en behandling och att man organiserar denna verksamhet. För att verksamheten inte ska vara så sårbar är det bra om fler än en kan ge massage. Det är att rekommendera att patienterna får massage av samma person för trygghetens skull. Man kan läsa mer på hemsidan www.taktil.se.
- Läkemedelshantering: Flera enheter har man börjat ha hand om hela medicinhanteringen själva på enheten. Det har visat sig man sparade pengar för att man inte behövde slänga så mycket mediciner längre. Dessutom kunde man i lugn och ro dela medicinen på enheten innan man åkte ut och därmed slippa göra det hemma hos patienten där det kanske var trångt, mindre hygieniskt och där djur eller annat störde. Man frigjorde även lite av läkarnas arbetstid så att de kunde ägna sig åt andra saker i stället. Det blev lite andra arbetsuppgifter för sköterskorna eller i vissa fall undersköterskorna som hade hand om medicinförrådet, men man vann i de flesta fall tid på att själv hantera detta.

- En bok med handfast vägledning och praktiska råd av Balaz Shalen & Nordin. Handbok i hemsjukvård. Förlagshuset Gothia.
- Det kom fram att många drabbades av stickskador. De burkar som är bäst för att förebygga stickskador (fyrkantiga burkar) går inte längre att beställa. Om man vill påverka detta kan man kontakta den konsult som har hand om uppköp av burkar för kanyler.
- Välkomstbroschyrer som riktar sig till patienten finns på några enheter .
- Kundenkät – några enheter använder KUPP (Kvalitet Ur Patientens Perspektiv) och är nöjda med den.
- En broschyr Inskrivning och utskrivning till palliativ vård gjord i Skåne finns på Svenskt Palliativt Nätverks hemsida.
- En broschyr om rökning och husdjur i hemmet finns att beställa kostnadsfritt på www.folkhalsoguiden.se
- På en enhet har man tagit fram en karriärstege för undersköterskor som fungerar bra. Man planerar att bygga upp ett kontaktnät för undersköterskor inom ASIH.
- Bilvärmare – det är besvärligt och tar tid att få bort snön från bilen på morgonen och det är obehagligt att sätta sig i en kall bil. En enhet hade ett allvarligt tillbud med en bil som hade ett lager med is på taket. Vid en hastig inbromsning hasade hela ”iskakan” ner på framrutan så att sikten skymdes. Några enheter har garage eller tak som skyddar bilarna, andra ingenting. Motorvärmare med kupévärmare fanns i några bilar medan andra inte hade det. En enhet har använt bensinvärmare med dåligt resultat eftersom batteriet inte hann laddas om under de alltför korta körningarna mellan patienternas bostäder.
- Halkkörning – enheter kan beställa tid på Gillingebanan.
- Eko-driving – några bilskolor erbjuder detta.

Bilaga 2 a: Arbetsgruppen för parkeringsfrågan

En arbetsgrupp jobbade med frågan om parkering. Nedan följer utdrag ur minnesanteckningar angående arbetsgruppens arbete.

Nätverksmöte 1 den 25/1 2002

I februari 2000 sände arbetsgruppen en förfrågan till Landshövding Ulf Adelsohn, Länsstyrelsen och Agneta Dreber, SLL, om att få hjälp med parkeringsproblemen för personalen inom ASIH:s verksamheter. Inget svar kom från någon av dem. Ärendet överlämnades av arbetsgruppen till utredningschefen på Produktionsstyrelsen som den 16 februari 2001 ansökte om generellt parkeringstillstånd för alla bilar inom ASIH:s verksamheter hos Länsstyrelsen. De har i sin tur gått ut med förfrågningar till respektive kommuner och nu fått svar från dem. Ärendet kommer upp v. 4 och svaret kommer att meddelas till produktionsområdena.

Nätverksmöte 2 den 15/9 2002

Inget svar från Länsstyrelsen ännu. Det bestämdes att arbetsgruppen tillsammans med utvecklingsansvarig på Produktionsstyrelsen skulle uppvakta Länsstyrelsen i frågan. Innan mötet blev av hörde Länsstyrelsen av sig till en enhet och meddelade att de nu såg mera positivt på deras ansökan om ett generellt parkeringstillstånd.

Nätverksmöte 3 den 11/2 2003

Arbetsgruppen har fått en tid för att träffa Länsstyrelsen. Mötet kommer att hållas den 10 mars 2003. Vid mötet kommer arbetsgruppen att försöka förklara för Länsstyrelsen hur verksamheten fungerar för att de ska få en bättre förståelse för problemet. De lät dock inte lika positiva som tidigare.

Nätverksmöte 4 den 19/5 2003

Avslag kom från Länsstyrelsen med motiveringen att man var restriktiv med att ge generella parkeringstillstånd eftersom tillstånden kunde missbrukas. Arbetsgruppen, utvecklingsansvarig och jurist från Produktionsstyrelsen (numera Landstingsstyrelsen) träffade den 10/3 2003 två jurister från Länsstyrelsen. Frågan om det var möjligt att överklaga avslaget från Länsstyrelsen men deltagarna från Länsstyrelsen menade att det inte var någon idé. För att få ett prejudikat på vad som är brådskande ärende enligt trafikförordningen kapitel 11 § 5, bestämdes att man skulle prova att sätta upp en skylt i bilens framruta när man parkerade, med text från trafikförordningen, se nedan. Om man fick parkeringsböter skulle detta överklagas med hjälp av jurister på landstinget.

Trafikförordning (1998:1276)

11 kap. Bestämmelser om undantag vid trafikövervakning, räddningstjänst m.m.

5 § Trots bestämmelserna i 3 kap. 54 eller 55 § 3, 8 kap. 1 § första stycket 2 eller förbud som har meddelats genom lokal trafikföreskrift får fordon stannas eller parkeras när det används.

5. vid brådskande yrkesutövning av läkare, sjuksköterska, barnmorska, personal i hemsjukvården eller veterinär.

Undantagen enligt 1–7 gäller endast om omständigheterna kräver det och särskild försiktighet iakttas. Förordning (2003:818).

Överklagande av parkeringsböter kan göras enligt Lag (1984:318) om kontrollavgift vid olovlig parkering

10 § Om det med hänsyn till omständigheterna i samband med den olovliga parkeringen skulle framstå som uppenbart oskäligt att ta ut kontrollavgift, får avgiften inte tas ut.

Ett brev från en enskild polis delades ut till nätverksdeltagarna som beskriver hur polisen ser på frågan om brådskande vid parkering. Där står bland annat att man måste styrka att ärendet är brådskande på något sätt och att endast påstående i regel inte är till-fylles, men att kraven på styrkande är låga i dessa fall.

Nätverksmöte 5 den 3/11 2003

Två enheter använder skylten i bilarna. Problem uppkommer när man får parkeringsböter på privat mark. Detta verkar inte gå att överklaga. Juristen på Landstingskontoret planerar att göra en enkät tillsammans med kommunernas jurist (Stockholms län) med frågor om man har svårigheter vid parkering och hur man gör på de olika enheterna.

En från arbetsgruppen var under våren i kontakt med arbetsmiljöansvariga på två sjukvårdsområden och det visade sig att de inte visste något om att detta med parkering fortfarande var ett problem. Vi bestämde att alla enheter ska få den ansökan som Landstingskontoret sände till Länsstyrelsen. Denna ansökan kan vara ett informationsunderlag som chefen på enheten kan lämna vidare uppåt i organisationen.

Nätverksmöte 6 den 9/2 2004

Arbetsgruppen lovade vid förra mötet att skicka ut den ansökan som Landstingskontoret sände till Länsstyrelsen. Ett nytt förslag har kommit fram. En person inom facket på hög nivå är villigt att ta över och driver frågan. Man har dock tidigare jobbat fackligt med denna fråga utan framgång.

Den enkät som juristen på Landstingskontoret skulle göra tillsammans med Kommunstyrelsen i Stockholms län blev inte av eftersom det visade sig att hemtjänsten sällan använder bil och därför inte har samma problem. SLL håller på att omorganisera sig så den kontaktperson och jurist som varit inblandad i frågan vet inte längre vilken roll de kommer att få.

För att få kontakt med de nya beslutsfattarna bestämdes att vi skulle genomföra ett seminarium den 21 oktober 2004 för målgruppen, landstingspolitiker, den nya sjukvårdsområdeschefen, närsjukvårdscheferna, arbetsmiljöhandläggare, beställare, fackliga förtroendemän, skyddsombud, verksamhetschefer och enhetschefer inom den avancerade sjukvården i hemmet.

Nätverksmöte 7 den 21/10 2004: Seminarium

Nätverksmöte 8 den 15/2 2005

Reflektion från seminariet den 21 oktober – 2004 ”Avancerad sjukvård i hemmet - hur kan man bibehålla personalens hälsa”. Ca 50 politiker och tjänstemän var inbjudna men det var endast fem som kom och inga av dessa var politiker. Det har inte kommit någon respons efteråt från dessa fem.

Nätverksmöte 9 den 17/2 2006

Inget svar har kommit från sjukvårdsområdeschefen. Luften har gått ur arbetsgruppen och vi beslöt att lägga ner den tills vidare. Vi pratade lite om framkomligheten i stort. Många menade att det blivit bättre framkomlighet i innerstaden sedan trängselavgiften trätt i kraft. Någon frågade om man kunde använda bussfilerna för att komma fram fortare vid köer. Man kan göra detta i vissa fall, se trafikförordningen (1998:1276) 11 kapitlet.

Nätverksmöte 10 den 13/10 2006

Resultatet från kartläggningen hösten 2005 visar att P-problemen kvarstår i samma omfattning som för fem år sedan. En deltagare från arbetsgruppen har haft kontakt med Koncernsäkerhetsstrateg, Stockholms läns landsting, Landstingsstyrelsens förvaltning (LSF). Han har lovat att tala med de stora P-bolagen för att uppmärksamma dem om problemet.

En önskan togs upp igen om att få använda bussfilen när det är rusningstid eller andra långa köer som gör att personalen hindras utföra sitt arbete inom planerad tid. Nya arbetstidsregler från EU kan vara ett argument för att man bör diskutera framkomlighetsfrågan lite mer ingående.

Vi kom fram till att det vore bra om vi kunde försöka samla en utökad grupp på ytterst ansvariga till ett möte någon gång i februari 2007. Några exempel på ansvariga som kom upp var politiker i SLL, personalansvarig i Stockholms läns sjukvårdsområde SLSO, Koncernsäkerhetsstrateg i SLL, Polisen, Gatukontoret i Stockholms stad och Arbetsmiljöverket. Ytterligare information kommer när tid och plats är bestämd.

Bilaga 2 b: Arbetsgruppen för snabbare hjälpmedelsleveranser

En arbetsgrupp bestående av arbetsterapeuter jobbade med denna fråga. Nedan följer utdrag ur minnesanteckningar angående arbetsgruppens arbete.

Nätverksmöte 2 den 15/9 2002

En i arbetsgruppen har gjort en sammanställning av bakgrund till problemet, vad arbetsgruppen håller på med och deras mål vad gäller sjukhussängar till hemsjukvården. Arbetsgruppen tog på sig att arbeta med utkörning av sjukhussängar för hemsjukvården. De berättade att beställarna inom sjukvårdsområdet har beslutat att det räcker med en utkörning per vecka. Tidigare hade man två leverantörer (konkurrenter) av sängar med olika leveransdagar i de olika distrikten. Detta ledde till att man tidigare hade två deadlines per vecka, så hann man inte beställa hos det ena företaget så kunde man beställa av det andra. Någon större skillnad på sängarnas utförande och tekniska lösningar är det inte.

När ny upphandling av transport och service lades ut fick endast ett av transportföretagen uppdraget och de ska köra både sina egna sängar och det andra företagets sängar. Upphandlingen resulterade i att utkörningsdagarna minskade till en dag per distrikt. Detta leder till att patienterna i vissa fall kan få vänta upp till 9 dagar på sin säng. Exempel: Sista beställningsdag för ett distrikt kan vara fredag klockan 15.00, för leverans onsdag kommande vecka. Blir patienten sämre över helgen och sängbehov uppstår, kan inte beställning göras förrän på måndagen och leverans kan tidigast ske onsdagen veckan efter (alltså inte kommande onsdag). Man kan få säng utkörd på dag utanför ordinarie leveransdag om transportföretaget har möjlighet, detta av en kostnad av 450:-.

Det har under vårt arbete visat sig att Hjälpmedelscentralen på nordsidan inte tar betalt av hemsjukvårdsteamerna som tillhör deras organisation medan Hjälpmedelscentralen på södra sidan tar ut kostnaden. För att nu kunna diskutera ämnet med beställare, hjälpmedelscentraler o s v beslutade sig arbetsgruppen för att undersöka hur många sängar det handlar om som vi inom hemsjukvården egentligen ordinerar, hur länge man fått vänta och hur många av våra patienter som hinner dö innan sägen kommer. Vi önskar att leveranserna inte ska kosta kliniken pengar och att sängar ska kunna köras ut inom 48 timmar, gärna 24 timmar.

Nätverksmöte 4 den 19/5 2003

Arbetsgruppen har gjort en sammanställning av enkätundersökningen som gjordes 020901-021130. Enkäten gick ut till alla enheter inom ASIH. Redovisningen är indelad på Södra sidan och Norra sidan beroende på vilken hjälpmedelscentral de olika teamerna använder. Samma avtal ligger till grund.

Resultat södra sidan:

Fråga	Antal	Andel
Hur många sängar förskrevs under perioden	41	
Hur många levererades utanför ordinarie leveransdag	7	17 %
Hur många patienter fick vänta 5 dagar eller fler på leverans	12	29 %
Hur många patienter hann ej få säng på grund av leveranstiden	4	8 %
Upplevda sena leveranser eller att säng ej hann komma	15	37 %

Resultat norra sidan:

Fråga	Antal	Andel
Hur många sängar förskrevs under perioden	48	
Hur många levererades utanför ordinarie leveransdag	10	21 %
Hur många patienter fick vänta 5 dagar eller fler på leverans	3	6 %
Hur många patienter hann ej få säng på grund av leveranstiden	4	8 %
Upplevda sena leveranser eller att säng ej hann komma	7	14 %

Frågeställning

- Hur kommer det sig att man upplever mindre problem på norra sidan jämför med södra?
- Är det en geografisk skillnad som påverkar då leverantören utgår från Spånga?
- Är det skillnad på enheternas policy om vilka inskrivningsdagar man har eller skiljer sig enheternas policy åt om alla patienter ska ha säng eller lift vid inskrivning?

Vi har varit i kontakt med beställarenheten för att få till stånd ett möte, då vi tidigare fått svar från hjälpmedelscentralen att beställaren har tagit beslut om att det räcker med en utkörningsdag per vecka för enheterna. På Hjälpmedelsenheten säger man att beställarna inte har någon beslutande rätt vad gäller avtal kring antalet leveransdagar och om att sängar ska kunna levereras utanför ordinarie leveransdag. Det ligger på respektive hjälpmedelcentral själv och ansvarig är verksamhetschefen på respektive hjälpmedelscentral. Eftersom hjälpmedelscentralen på norrsidan har upphandlats och idag drivs i privat regi, kan vi inte svara för att dessa uppgifter stämmer för den Norra sidan. Norra sidan får kontrollera med sin hjälpmedelcentral om de har samma sängavtal som tidigare.

Vid ytterligare kontakt med hjälpmedelscentralen har vi enligt avtalsansvarig på sydsidan, möjlighet att få ut "akutsängar" inom 24 timmar från och med att kundansvariga för sängar på hjälpmedelscentralen (syd) gett klartecken till detta. Om det medför extra kostnad för de olika enheterna får man ta reda på via sin hjälpmedelscentral.

Hjälpmiddelscentralens avtalsansvarig vill nu att vi ska skriva avvikelserapporter om leveranserna avviker från överenskommelsen mellan oss och kundenheten på hjälpmiddelscentralen. Vi ska naturligtvis också skriva avvikelserapporter på de sängar som vi ej får ut på grund av att transportföretaget inte klarar av leveranserna. Detta för att hjälpmiddelscentralen ska få underlag för eventuell ändring av kommande avtal för sängleveranser.

Nätverksmöte 5 den 3/11 2003

Sedan förra mötet har man på en enhet bestämt sig för att skriva avvikelserapporter så fort någon akutsäng inte kommer som man önskat. Alla uppmanades att göra detta. På norra sidan har man inte samma problem som på södra sidan. Man har där hört att Hjälpmiddelscentralen tycker att man för ofta skriver att det är en akutsäng som behövs och därför hinner de inte leverera dem i tid. Man tror dock inte att det är arbetsterapeuter från ASIH:s verksamhet som "slarvar" utan att det är arbetsterapeuter från annan verksamhet. En i arbetsgruppen har slutat och för att arbetsgruppen ska orka jobba vidare behövs fler arbetsterapeuter.

Nätverksmöte 6 den 9/2 2004

Handläggningen av hjälpmedel har för en enhet blivit till och med sämre än tidigare med ett utkörningsstopp under en vecka. På norra sidan av staden är det av någon anledning inte samma problem. Ingen har erbjudit sig att hjälpa till i arbetsgruppen, men däremot att "puffa på" för nästa nätverksträff för arbetsterapeuter inom ASIH/SAH.

Nätverksmöte 8 den 15/2 2005

Arbetsgruppen kunde inte närvara vid mötet men lät hälsa följande. Beträffande hjälpmedelshanteringen så är det nya att vi har fått ett nytt transportföretag för sängar från den 1 februari 2005. Om detta är det för tidigt att yttra sig. Informationen från Hjälpmiddelscentralen till oss förskrivare har varit "något seg", och det har varit mycket ringande. På transportföretaget som övertagit sängtransporterna, har det hitintills varit kaotiskt med många frågetecken och man funderar över vilken information personalen där har fått om sitt nya uppdrag. Detta gäller den södra sidan och man har redan varit tvungen att skriva avvikelserapporter på sängleveranser. Även på norra sidan har man bytt leverantör och tycker att det försämrats. Vi funderade på vart avvikelserapporterna ska sändas för att de ska få bästa effekt förutom dit de redan sänds. Beställarna borde få veta hur deras beställning fungerar men vi måste då först ta reda på vilka som är ansvarig beställare och återkommer med detta.

Bilaga 3: Förteckning över ASIH-verksamheter i Stockholms läns landsting

Tabell 1. Namn och ägarform för de enheter som fanns i Stockholms läns landsting vid de båda mätillfällena 2000 och 2005. L står för landstingets egen verksamhet och P för privat verksamhet. Med privat verksamhet menas här en extern vårdgivare som genom avtal bedriver vården med offentliga medel eller en kombinerad driftsform i landstingets egen regi.

Mätillfälle 2000		Mätillfälle 2005	
Enhetsnamn	Ägarform	Enhetsnamn	Ägarform
ASIH Nord	L	Förenade Care (Team Österåker, Team Täby och Team Lidingö)	P
ASIH Syd	L		
PAH Järfälla	L	ASIH Järfälla/Upplands Bro	L
PAH Upplands Bro	L		
PAH Solna	L	ASIH Solna/Sundbyberg	L
PAH Sundbyberg	L		
SAH Sabbatsberg	L	ASIH Stockholmsgeriatriken	L
SAH S:t Göran	L		
SAH Dalen	L	Södra Stockholms geriatriska klinik (ASIH-Allmänna, Avd 60 ASIH NO o SV/palliativa)	L
SAH Rosenlund	L		
Palliativa enheten Dalen	L		
PAH Sollentuna	L	Löwet Närvård AB (Sollentuna ASIH, Väsby/Sigtuna ASIH)	P
PAH Märsta	P		
PAH Väsby	L		
SAH 1 Västra sjukhuset	L	Brommageriatriken AB (SAH 1 och 2)	P
SAH 2 Västra sjukhuset	L		
ASIH Huddinge (akut+pall.)	L	ASIH Långbro Park (Norra, Södra, Basal, Akut)	L
PAH Nacka	L	ASIH Nacka	L
Nacka SAH	L	Nacka SAH (Nackageriatriken)	P
SAH Handen	L	ASIH Handen	L
SAH Nynäshamn	L	Nynäs Vård AB SAH	P
SAH Norrtälje	L	ASIH Norrtälje AB	P
SAH Södertälje	L	ASIH Södertälje	L
Ersta Hospice	P	Ersta ASIH	P
Stockholms sjukhem	P	Stockholms sjukhem	P
		SABH Astrid Lindgrens barnsjukhus	L

Bilaga 4 a: Kommentarer om övertidsarbete

Här redovisas ett urval som täcker de flesta svar som gavs på frågan om varför man arbetade övertid.

Tiden räckte av olika anledningar inte till för antalet arbetsuppgifter

- Oftast är det dokumentationen som är tidskrävande.
- Dåligt dokumentationssystem.
- Tiden räcker inte till för dosettdelning, dokumentation etcetera.
- Pappersarbete ej hunnits med under ordinarie arbetstid, ofta på grund av prioritering av patientbesök.
- Mycket patienter gör att de administrativa sysslorna ökar och sparas till sist.
- Ingen annan tar över mina specifika uppgifter som sjukgymnast när jag går hem. Allt kan inte skjutas upp till imorgon eller senare.
- Att alla kollegor ej tar delat ansvar.
- Patient larmar om akuta besvär så sent att man inte hinner tillbaka och rapportera och dokumentera inom arbetstidens ram
- Många patientbesök, vi jobbar med människor. Inget utrymme om något händer.
- För många arbetsuppgifter för ett heltidsarbete.
- Arbetar deltid, mina arbetsuppgifter skulle täckas av en heltid.
- Tillfälliga toppar i arbetsbelastningen.
- Arbetsbelastningen varierar över tid på enheten.
- Planeringen för dagen är för optimistisk.
- Svårt planera arbetsflödet, måste ta saker relativt snabbt.
- Överinskrivningar av patienter.
- Att man har planerat dåligt på grund av dålig styrning
- Möten, föreläsningar under arbetstid vilket gör att man förlorar 1-2 t. som man behöver för att slutföra sitt jobb.
- Dålig organisation av arbetet.
- Många administrationsuppgifter på grund av större organisation.
- Hög vårdtyngd, mycket kringuppgifter.

- Om vi som jobbar kväll åker tillsammans istället för att åka själva. Det blir att vi får åka till flera patienter tillsammans och då blir det att det tar längre tid.
- Kurser, möten, annat som förläggs efter min ordinarie arbetstid.
- Brister i rutiner.
- Nytt datasystem.
- Vi har ofta möten på eftermiddagen. Det är då svårt att hinna med all pappersarbete och telefonsamtal som måste åtgärdas.
- Vill ej ge dålig kvalitet.
- Många deltidstjänster. Alltid knepigt med deltidbefattningar.
- Extramöten, utbildning.
- Arbetsdagen "förstörs" ibland av möten som själ tid från de egentliga arbetsuppgifterna
- Aktivitet förlagd till efter min ordinarie arbetstid.
- Ej hinner göra efterarbete, planering etcetera på grund av till exempel möten
- Om jag ska vara ledig då måste jag slutföra mitt arbete.
- Lämnar jag uppdraget är det jag själv som får ta tag i det en annan dag.
- Antal patienter och besök har ökat. Tid för planering dokumentation och kontakt med andra vårdgivare finns det ej tidsplanering för att utföra.
- Vi som arbetar deltid är schemalagda med samma antal schemaperiod som 100 procent, det innebär att vi är på arbetet kortare tid istället, men samma arbete skall utföras som heltidarna = tiden räcker inte till.
- Överlappningstid finns ej i tillräckligt stor utsträckning. Tid för dokumentation finns ej.

Personalsituationen

- Hinner inte med arbetsuppgifterna. Är få läkare.
- Ingen att lämna över till (vill till exempel ej belasta jouren för hela kliniken),
- Frånvaro (ledigheter) svårt att få fullgod täckning.
- Igen ersättare när andra är lediga/sjuka.
- Underbemanning på grund av sjukdom, VAB, semester etcetera
- Under sommarperioden och vid akut sjukdom hos personalen blir det vakan- ser som måste täckas.

Man ville inte lämna patienten av olika skäl vid arbetspassets slut

- Eftersamtal, slutförande av olika uppgifter som inte kan vänta.
- Oftast att besök hos patienten drar ut på tiden, ledsen patient, svårstucken patient m.m.
- Man vill avsluta det man påbörjat för patients och anhörigas trygghet.
- Dålig patient som ej kan lämnas ensam. Väntar in avlösning.
- Blir inte avlöst på grund av rapport. Jag slutar 7 och morgonpersonalen börjar 7.
- Svårt för en oinsatt person att överta vissa saker.
- Påbörjar något som drar ut på tiden och där överlämnandet tar längre tid än att själv utföra det.
- Stort behov hos patienter och anhöriga.
- Akuta hembesök som drar över arbetstiden och ingen avlösning kan ske.
- Patienten är oftast i stort behov av insatsen att den inte kan vänta eller lämnas över till annan.

Oförutsedda händelser

- Oplanerade larm.
- Hastigt påkomna arbetsuppgifter
- Man måste åka på ett larm strax innan hemgång.
- Akuta punktinsatser sent på eftermiddagen. Ibland trafik kaos i staden på eftermiddagen.
- Samtal och besök tar ibland längre tid än tänkt.
- Dödsfall i hemmet när man inte vill byta personal.
- Strul i trafiken.
- Dålig resväg.
- Halt väglag.
- När man kör mycket bil i långa sträckor så kan det hända något på vägen.
- Att man har haft rond som dragit ut på tiden.

Bilaga 4 b: Kommentarer om ensamarbete

Några menade att det inte var nödvändigt att vara två och att det kan vara en fördel att vara ensam.

- För att den arbetsuppgiften inte kräver fler. Känner mig trygg i det jag gör.
- Är inte ensam på passet, men vi åker oftast ensam på besöken i hemmet. På avdelningen är det alltid 1 sjuksköterska/pass. Support av de sjuksköterskor som åker ute.
- Besöken är ofta så många att det blir nödvändigt att åka ensam. Oftast passar det också bäst att komma ensam, när besök görs i hemmet
- Arbetets art. Enskilda, personliga samtal.
- Jobbar gärna själv, kan alltid få någon som ansluter vid ett specifikt besök.
- Oftast behöver vi inte vara flera hos samma patient.
- Jag jobbar ensam om inte arbetsuppgiften inte kräver att man är två. Jag upplever att jag får bättre kontakt med patient/anhörig om jag är ensam.
- Jag är van vid det.
- Kända patienter
- När jag känner patienten och själv väljer det.
- Bättre kontakt/relation med patienten, patienten hamnar ej i underläge.
- Att man oftast känner patienten och dennes behov och problem.
- Tycker att kontakten med patienten är bättre vid ensamarbete.
- Hos vissa familjer är bäst med mindre ny personal.
- För patienter är det bra att vara ensam med en personal, så att han/hon inte känner sig underlägsen.
- Låg personaltäthet. Väljer att arbeta ensam ibland beroende av innehållet på besöket.

Andra menade att de inte upplever sig vara ensamma eftersom de har kollegor runt omkring sig som de kan ringa till om de behöver deras hjälp.

- Åker enbart på patientbesök, är inte ensam i tjänst.
- Arbetar inte ensam i verksamheten men gör hembesök ensam.
- Man åker nästan alltid ensam på hembesök, men det finns ju kollegor på avd. Vet ej om det räknas som att "arbeta" ensam.

- Arbetar ensam men har alltid tillgång via telefon att nå/kontakta en kollega och få support
- Har egna besök, men är flera i gruppen
- Vi ses i teamet på morgonen, men åker sedan ut till patienten ensamma (oftast).
- Oftast ensam men med kollegor som jobbar på andra ställen i kommunen med möjlighet till telefonkontakt.
- Jag är ej helt ensam, har en kollega i en annan bil så man är alltid minst 2.
- Vid behov av hjälp får man ringa en kollega som får komma så fort han/hon kan.

Sjuksköterskorna delade upp besöken och fördelade dem lika mellan varandra. Patienterna kunde finnas spridda långt från varandra i upptagningsområdet och det gjorde att man inte hann besöka alla om man inte åkte ensam.

- Sjuksköterskorna delar upp patientbesöken, går sedan själv de enskilda besöken.
- Många besök. Vi fördelar lika mellan varandra
- Bemanningen i förhållande till antal hembesök tillåter ej att jag arbetar tillsammans med kollega.
- Stort upptagningsområde, långa sträckor att åka till patient. Vi kan inte knyta upp båda tjänstgörande sjuksköterskorna på så lång tid. På grund av många besök, vi hinner inte med annars.
- För att hinna med alla besök utan stress.

Man strävade efter att åka två om behov fanns eller om man har tillräckligt med resurser.

- Arbetet är upplagt så, vi har ej så mycket personal att vi kan åka två. Händer dock ibland när arbetet tillåter.
- Perioder med lite besök till patienter åker vi två.
- Jobbets uppläggning, vi strävar efter att jobba 2 och 2. Går ibland och ibland inte.
- Vi åker som regel ensamma på patientbesök, om behov finns assisterar vi varandra
- Fysiskt och psykiskt tunga patienter, dit åker vi två
- Jobbar sällan ensam, eventuellt som jour.

Ibland kan antalet personal ställa till det så att man inte kan åka två.

- Nattetid är bemanningen en personal i teamet. Kollega finns att tillgå i annat team
- Vi är tre stycken som arbetar kvällar helger/pass. Många besök då finns ej möjlighet att åka två.
- Ojämnt antal personer.
- Nattetid larm, endast 3 personer som arbetar.

Ibland kan det bero på vilken yrkesgrupp man tillhör eller om man har jourtjänst.

- Jag är ensam yrkeskategori i vårdteamet.
- Ensam i min profession
- Kuratorsarbetet är ett ensamarbete. Tar ibland hjälp av ssk.
- Läkarjouren är så.
- Jourtid. Hembesök oftast ensam, men kan konsultera.
- Endast en läkare som ibland ej kan möta en sjuksköterska samtidigt.
- Ensam i min yrkeskategori. Tar lång tid att göra kundbesök med till exempel sjuksköterska.

Tillfälliga situationer eller speciella tillfällen kan också vara en orsak.

- Tillfälliga toppar med ökad belastning
- Akuta besök nattetid, om jag behöver hjälp kan jag ringa till kollega som har andra beredskap.
- Sjukdom och att det inte har gått att få någon ersättare
- Minskad personaltäthet kvällar, helger, ökad arbetsbelastning
- Väljer att arbeta själv i SAH om det behövs mer personal inne på avdelningen.
- Mina kollegor är sjuka eller hemma för vård av sjukt barn
- Många akutlarm
- Flera patienter behöver hjälp samtidigt och vi är bara två som arbetar natt
- Ex. två larm samtidigt alt. oroligt på avd. så att man väljer att åka ensam för ex. koppla bort ett dropp.
- Vissa tider under natten, speciellt på förnatten (22-01) och på morgonen (5-7) är det många planerade besök som gör att vi måste dela på oss.

Bilaga 4 c: Kommentarer om utbildning i konfliktlösning och självförsvar

Kommentarer som gavs i anslutning till frågan man fått utbildning för att hantera konflikter och hotfulla situationer.

Gått kurs

- Hela SAH gick kurs på Polishögskolan.
- Vi gick en utbildning på Polishögskolan där vi fick lära oss att tänka på risker och hur man undvika att hamna i risksituationer. Hur man kan planera innan. Studera omgivningen och vad man gör om det blir hotfullt.
- Självförsvarsutbildning, känner mig trygg med att jag vet och har praktiserat under trygga former att till exempel kasta av mig en 120 kg man eller hur jag kan ganska enkelt vrida en kniv ur en annans hand.
- Konfliktlösning på Polishögskolan, ganska bra.
- Hot och våldutbildning i landstingets regi. Mycket bra.
- Jag har fått gå en självförsvarsutbildning, mycket bra.
- Kurs i våld och självförsvar, mycket bra, självförtroendet förstärks.
- Tvådagarsutbildning - Tema på personalkonferens. Bra utbildning.
- Gått självförsvarskurs. Gått kurs i samtalsteknik vid konflikt.
- Självförsvarskurs, konfliktlösningskurser, gruppdynamikkurs.
- Utbildningsdagar på tema hot och säkerhet.
- En vecka "Bemötande i konfliktsituationer".
- Inte våld, men konflikter har gått 15 p krisutbildning.

Gått kurs för länge sedan

- I slutet av 90-talet.
- För en tio år sedan - självförsvarskurs
- Kurs i konflikthantering 3 dagar - ca 15 år sedan.
- En utbildning i självförsvar för 10 år sedan.
- Kurs i självförsvar och konflikthantering ca 9 år sedan.
- Alltför länge sedan!

- Mycket länge sedan inom psykiatri.
- Självförsvarskurs för ca 5 år sedan.
- Tre dagars kurs i konflikthantering med 1-dags uppföljning för c:a 20 år sedan.
- Självförsvarskurs i två dagar för ca 15 år sedan + en dag kurs (två halvdagar) i hantering av hot- och våldsituationer ca 8 år sedan.
- Längre sedan (en icke relevant kurs).

Gått kurs på tidigare arbetsplats

- Ja, på tidigare enhetsplatsen flertalet gånger.
- Tidigare i arbetslivet (socialtjänst, kriminalvård bl.a.).
- Har fått utbildning på annan arbetsplats.
- Ja från tidigare arbete inom psykiatri.
- Inom en annan verksamhet gick på "Alla kan" där man fick både teoretisk och praktiskt, fått tips och råd inför hotfulla situationer.
- Fick utbildning på tidigare anställning. 3 dagars utbildning med praktiskt självförsvarsövningar.

Har fått det via yrkesutbildningen

- Arbetat inom psykiatri ett flertal år.
- Sjuksköterskeutbildning. God självkänedom.
- I grundutbildningen och annan arbetsplats, men inte på nuvarande arbetsplats. Det finns dock en policy med råd om hur vi ska göra för att undvika hotfulla situationer.
- Ingår i min yrkesutbildning.
- Har hot och våld som obligatoriskt ärende.
- Enbart det som ingick i sjuksköterskeutbildningen och det var i princip ingenting. Med ålder och erfarenhet lär man sig hantera hot och konflikter.
- Studerat onkologisk utbildning i Uppsala. Där vi diskuterade detta i den psykosociala kursen.
- Högskolans utbildning vad gäller grupp, gruppers dynamik m.m. (gruppsykologi).

Gått kurs och vill ha mer

- En utbildning i konflikthantering på Polishögskolan. Mycket bra men bör upprepas ca vartannat år för trygghetens skull.
- Utbildning för många år sedan. Skulle vara bra att repetera någon gång.
- En utbildning som lärde oss olika försvarsövningar/försvarstekniker den var bra, men jag minns inte hur man skulle göra nu.
- Hot- och våldutbildning en dag. Skulle behöva upprepas med jämna mellanrum.
- Det skulle behövas minst en gång/år.
- Behöver uppfräschas varje år.
- Det är många år sedan. Skulle vara mer kontinuerligt.
- Gick en kurs på självförsvarsskolan. Har tyvärr glömt det mesta eftersom det inte följs upp med ytterligare träning.
- För länge sedan. Bra med regelbundna repetitionsövningar.
- Det händer så sällan att man glömmer bort. Får aktualisera vid behov.

Har stöd på annat sätt på enheten

- Handlingsplan finns. Vid nybesök alltid 2 personer för att bedöma pat. och hemsituationen. Om ensam hos hotfull pat. stå nära dörren gå ej in kontakta ansvarig chef.
- Nej, men vi har ju handledning då vi kan ventilera olika problem.
- Står i vårt policyprogram. Har talat om detta vid handledningstillfällen.
- Vi har handledning. Där kan man ta upp sådana saker.
- Handledning i grupp där diskussioner först hur konflikter kan lösas/hanteras.
- Jag vet att jag alltid kan kontakta min närmaste chef i händelse av hotfulla situationer.
- På arbetsplatsträffar. Handledning.
- Inte direkt utbildning, men sådana situationer tas upp vid handledning och arbetsplatsmöten m.m.
- Följer de riktlinjer som finns.
- Gått igenom klinikers arbetsmiljöparm på planeringsdag.
- Handledning med professionell psykolog i grupp 1gång/månad och tillgång till NMC.

Vill ha utbildning

- I samtalen känner jag inga problem, men utifrån kommande hot har jag ringa erfarenhet av.
- Vill lära mera!
- Skulle gärna få möjlighet till ökad kunskap i frågan. Diskussions forum/föreläsning.
- Jag skulle vilja gå en självförsvarskurs, inte för att jag känner mig rädd, men det kan vara bra att ha någon grund. Men jag tror att det är på gång.
- Lätt självförsvar vore bra att kunna.
- Skulle kanske vara bra med en självförsvarskurs.
- Önskar att jag kommer att få det snart.
- Hade gärna gått sådan men inte erbjudits.
- Jag har arb. mindre än ett år på denna arb.pl. och har inte hunnit med det.
- Det vore bra med våldsrelaterad utbildning som till exempel misshandel.

Behöver inte utbildning

- Har inte heller frågat efter det.
- Skulle tro att detta är något som inte förekommer, våld alltså. Behov av utbildning finns inte.
- Inte känt behov av det.