

En långsiktigt hållbar hemtjänst

Del 1: Projektbeskrivning och resultat

Utmaningar och möjligheter
för den kommunala styrningen

Författare: Ingela Målqvist

Rapport 2015:04
ISBN: 978-91-982104-8-4

 **Centrum för arbets- och miljömedicin**
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Titel: En långsiktigt hållbar hemtjänst – utmaningar och möjligheter för den kommunala styrningen. Del 1: Projektbeskrivning och resultat

Rapport: 2015:04

ISBN: 978-91-982104-8-4

Författare: Ingela Målqvist

Grafisk formgivning: Fidelity

Centrum för arbets- och miljömedicin arbetar för att minska arbets- och miljörelaterad ohälsa genom att identifiera och förebygga olika risker i arbets- och omgivningsmiljön. Vi arbetar med patientutredningar och kartläggning av risker, informations-spridning, undervisning och forskning. Läs mer på webben: camm.sll.se

Förord

Denna rapport ingår i projektet HEKLA (hemtjänst, ekonomi, kvalitet, ledning och arbetsförhållanden). Projektet finansierades av AFA Försäkring och Stockholms läns sjukvårdsområde, som vi vill framföra vårt varma tack till.

Vår förhoppning är att både denna rapport om själva projektet (del 1) och den andra rapporten (del 2) som presenterar konkreta åtgärder, ska underlätta för kommunerna att klara av de stora utmaningar som hemtjänsten står inför.

Projektgruppens deltagare har varit:

Ingela Målvist, personalvetare (process- och rapportansvarig), Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting

Mona Andersson, fil.lic. (doktorand), Mälardalens högskola

Ulf Johansson, professor (handledare till Mona Andersson), Mälardalens högskola

Erik Bjurström, ek dr. (bihandledare till Mona Andersson), Mälardalens högskola

Thomas Hejninger, ekonom (verksamhetskonsult), Conrol Consulting

Carl Åborg, docent (projektansvarig), Karolinska Institutet

Vi vill också tacka alla beställare/tjänstemän inom förvaltningar och myndigheter samt chefer och medarbetare inom de två deltagande kommunerna som gjort projektet möjligt genom sin engagerade och frikostiga medverkan i projektets olika skeden.

Tack till Magnus Alderling och Natalja Balliu, statistiker vid Centrum för arbets- och miljömedicin och Lis Jörgensen, inmatare av data, för era bidrag till projektet. Särskilt tack till Anders Lundin, arbetsmiljöingenjör, för bidrag till framtagandet av denna rapport.

Stockholm i december 2015

Maria Albin

Verksamhetschef

Centrum för arbets- och miljömedicin,
Stockholms läns sjukvårdsområde

Innehåll

Sammanfattning	6
Inledning	9
Utmaningar för hemtjänstverksamheten	10
Kommunens övergripande ansvar för omsorgskvaliteten	12
Hållbar hemtjänst	13
Projektet HEKLA	14
Metoder	14
Resultat	19
Resultat av intervjuerna med enhetscheferna och biståndshandläggarna	19
Resultat av gruppintervjuerna	20
Resultat av enkätstudien	20
Bakgrundsfakta – svarsgrupp	20
Brukartygd	21
Brukare med både service- och omvårdnadstjänster	21
Frågor om arbetsplatsen	30
Variation av typ av brukare hos utförarna	30
Variation i brukartygd och arbetsbelastning	31
Sambandsanalyser utifrån besök hos olika brukarkategorier	33
Sambandsanalyser mellan hög ansträngning i arbetet och andra faktorer	34
Sambandsanalyser mellan att inte vilja arbeta kvar och andra faktorer	34
Sammanfattning av enkätundersökningen	34
Resultat från administrativa och ekonomiska data	36
Diskussion	37
Referenser	39
Bilaga Personalenkät	41

Sammanfattning

Framtidens åldrande befolkning och den brist på arbetskraft som väntas, innebär att det behövs insatser från kommunernas sida för att långsiktigt säkra en stabil hemtjänst med hög kvalitet. För att uppnå en sådan stabilitet behöver kommunerna skapa bra förutsättningar för hemtjänstutförarna att kunna leverera god omsorgskvalitet. Det är personalen som ska skapa kvaliteten i mötet med brukarna vilket i sin tur innebär att det behöver finnas en balans hos varje utförare mellan ekonomiska resurser, omsorgstyngden¹ och personalens kompetens. Hemtjänsten av idag kan betraktas som en resurssnål organisation men med höga krav på utförda tjänster. En resurssnål organisation utmärks av resursknapphet i termer av tillgänglig tid och kompetens för det arbete som ska utföras eller i termer av tillgängliga ekonomiska och fysiska resurser (Ekberg, m fl., 2006)

Projektets huvudsyfte var att ta fram generella åtgärdsförslag som kompletterar kommunernas ersättnings- och kvalitetsuppföljningssystem för att förbättra utförarnas förutsättningar att leverera god omsorgskvalitet till alla brukare utifrån frågeställningarna:

- *Hur kan kommunen skapa bättre förutsättningar för hög omsorgskvalitet bland brukarna och för att utförarna ska kunna öka sin attraktivitet som arbetsgivare?*
- *Hur kan kommunen förbättra balansen mellan resurser, krav och kompetens inom hemtjänsten och förbättra sin uppföljning av omsorgskvaliteten?*

Förslagen presenteras på konkret nivå i rapporten ”En långsiktigt hållbar hemtjänst, del 2. Förslag på hur kommunerna kan förbättra omsorgskvaliteten och förebygga arbetskraftsbrist hos utförare av hemtjänst”. Rapporten finns att ladda ner på webbplatsen <http://camm.sll.se/>.

Projektet genomfördes i två kommuner, en större med verksamhetsstyrning genom beställar-/utförarmodell och en mindre där hemtjänsten drevs i egen regi genom anslagsfinansiering. Både kvantitativa och kvalitativa metoder användes i projektet (intervjuer, enkäter och administrativa data).

Resultaten av intervjuerna och enkätundersökningen visade en samstämmig bild, nämligen att den kommunala ersättningen var för låg i förhållande till de krav som ställdes på utförarna och deras personal. De privata utförarna hade dock andra möjligheter att förbättra sin ekonomiska situation än de kommunala utförarna t ex genom RUT-tjänster.

¹ I rapportens resultatdel används begreppet brukartyngd (utifrån enkätresultaten), eftersom definitionen av begreppet omsorgstyngd togs fram under projektarbetet i samverkan med enhetscheferna och i samband med utvecklandet av åtgärdsförslagen.

Enkätundersökningens resultat visade att arbetsplatsens kvalitet på levererade tjänster generellt upplevdes som hög av personalen. Många uppfattade alltså att de gav god omsorg till brukarna men på bekostnad av det egna välbefinnandet och den egna hälsan.

När det gällde besöken hos brukare med psykisk ohälsa rapporterades dock en brist på kvalitet på levererade tjänster, vilket i sin tur indikerar bristande kunskapsstöd från arbetsgivaren.

Det var stor skillnad mellan vilka typer av brukare man besökte, både mellan olika utförare och – i den stora kommunen - mellan de geografiska enheterna.

Drygt en tredjedel (31%) av personalen rapporterade tidspress i arbetet (dvs skattades ha höga kvantitativa krav), vilket i sin tur indikerar att verksamheterna var underbemannade.

Över hälften (59 %) av personalen rapporterade hög svårighetsgrad i arbetet (höga kvalitativa krav), vilket i sin tur indikerar bristande organisatoriskt stöd (fortbildning, handledning, teamarbete).

Det fanns en variation i brukartyngd hos utförarna vilket indikerar behov av en mer nyanserad ersättning för att ge förutsättningar för dessa utförare att bemanna bättre och kunna ge organisatoriskt stöd (t ex kompetensutveckling, handledning och teamarbete) till sina anställda i tillräcklig omfattning.

Som en del i projektet togs, i samverkan med enhetscheferna och utifrån enkätresultaten begreppet ”hög omsorgstyngd” fram. Definitionen lyder: *Med hög omsorgstyngd menas att en utförare har många brukare med minst fyra besök per dag (stora omsorgsbehov), och/eller många brukare med demenssymptom eller annan psykisk ohälsa (särskilda behov).* Om en utförare har hög omsorgstyngd måste personalen hantera oväntade händelser i större uträkning än personalen hos utförare med låg omsorgstyngd.

Kommunen behöver följa upp att utförarna använder de särskilda resurserna till utförare med hög omsorgstyngd på förväntat sätt. Har en kommun flera utförare kan kommunen sätta upp kriterier för vad som menas med hög omsorgstyngd och enbart följa upp de utförarna för att uppföljningen ska vara rimlig och hanterbar.

Tveksamhet eller ovilja att arbeta kvar rapporterades av drygt en tredjedel och indikerar risk för hög personalomsättning (och sjukfrånvaro), vilket ger sämre förutsättningar för god personalkontinuitet och god personalförsörjning.

Även kommuner med hemtjänst enbart i egen regi bör följa upp omsorgstyngden för att kunna ge ersättning kopplad till brukare med stora omsorgsbehov

eller särskilda behov så det finns balans mellan krav, resurser och personalens kompetens. I vilken utsträckning det finns en sådan balans kan synliggöras genom vårt förslag till kvalitetsuppföljning.

En slutsats är att det i många fall är nödvändigt att utöka eller förändra allokeringen av de resurser som tilldelas utförare, till förmån för utförare med hög omsorgstyngd, dvs. där brukarna har stora omsorgsbehov. Vi föreslår också att kommunerna bör följa upp omsorgskvaliteten regelbundet med hjälp av enkätundersökningar såväl bland brukare (vilket görs idag) som bland personalen. Sedan jämförs subjektiva data med objektiva data (systemdata) och på så vis kan kommunerna utveckla ett förebyggande arbetssätt.

Åtgärdsförslagen (i del 2 av rapporten) kan användas som ett led i kommunernas kvalitetssäkring av hemtjänsten både i nutid och i framtiden och kan leda till högre omsorgskvalitet för de mest behövande brukarna. De extra kostnader som åtgärdsförslagen kan innebära kan sannolikt hämtas hem över tid genom lägre sjukfrånvaro, lägre personalomsättning och lägre rekryteringskostnader.

Inledning

Många av oss blir under kortare eller längre tid beroende av andras omvårdnad i slutet av livet och ofta som en brukare av hemtjänst. Det svenska samhället har som viktig princip att solidariskt hjälpa de sjuka och svaga. Även de mest behövande, både fysiskt och psykiskt, ska ha rätt till ett drägligt liv. Detta innebär bl.a. att hemtjänstutförarna ska kunna leverera god omsorgskvalitet till alla brukare. Skattemedel används till stor del för att avlöna de personer som – inom varje kommun – sköter den professionella omvårdnaden inom hemtjänsten. Samhället måste bevaka att brukarna får en omvårdnad av god kvalitet och att de som ska leverera omsorgen, d v s personalen, upplever att de har tillräckligt med tid och tillräcklig kompetens, men också att omsorgen inte kostar för mycket. Den kommunala hemtjänsten måste vara kostnadseffektiv och kommunerna behöver veta vad de får pengarna.

Sjukvården har ett intresse av att hemtjänsten arbetar förebyggande och mer långsiktigt då detta kan leda till att belastningen på akutsjukhusen minskar.

Det förväntas finnas en arbetskraftsbrist i Sverige från år 2018. De största pensionsavgångarna det närmaste decenniet sker bland anställda inom vård och omsorg. Till detta kommer ett stadigt ökande omsorgsbehov när gruppen äldre blir allt större och allt fler tas om hand i det egna hemmet av hemtjänsten. Att arbeta i hemtjänsten är idag ett av de vanligaste kvinnoyrkena i Sverige och antalet anställda behöver bli än större i framtiden. Omkring 295 000 personer arbetar inom äldre- och handikappomsorgen – som kommunanställda eller som anställda i ett privat företag. Ungefär 90 procent är kvinnor (SKL, 2014). Mellan åren 2013 och år 2022 uppskattar branschorganisationen Sveriges kommuner och landsting (SKL) att det behövs ca 144 000 fler anställda inom den kommunala omsorgen. Kommunerna behöver alltså nyanställa ett stort antal personer framöver och SKL påpekar att det är viktigt att välfärdens arbetsgivare förmår ta vara

på ungas intresse och möta deras förväntningar.

I en förstudie från 2010 undersökte vi om enhetscheferna hos en kommunal och en privat utförare hade handlingsutrymme att kunna påverka ekonomin, verksamhetskvaliteten och personalens arbetsförhållanden inom hemtjänsten (Målsqvist, 2010). Där framkom att båda enhetscheferna ansåg att de, utifrån de av kommunen givna förutsättningarna, hade ganska små möjligheter att skapa goda arbetsförhållanden åt personalen och att det till stor del berodde på utformningen av kommunens övergripande styrning via centrala riktlinjer, ersättnings- och uppföljningssystem. Samtidigt var de ensamt ansvariga för hur personalen upplevde sin arbetssituation.

I samma studie undersöktes personalens arbetsförhållanden, välbefinnande och hälsa genom en enkät. Personalen rapporterade bland annat höga kvantitativa och kvalitativa krav samt fysiskt och psykiskt ansträngande arbete, framför allt hos den kommunala utföraren som också hade den högsta brukartyngden. Samtidigt rapporterade personalen hos båda utförarna att de hade en stödjande chef. En slutsats var att kommunerna behöver säkra att de ger bra förutsättningar för personalen hos utförarna att leverera god kvalitet på sina tjänster. De svarande på enkätundersökningen var förhållandevis få, men resultaten har använts som en grund för att utforma studien som denna rapport bygger på.

I föreliggande studie fokuserade vi på hur den övergripande styrningen i två kommuner såg ut och vilka givna förutsättningar utförarna och deras personal hade för att kunna leverera god omsorgskvalitet. Ett viktigt syfte med studien var att hitta viktiga områden som vi bedömde behövde utvecklas, framför allt avseende ersättningen till utförarna och kommunens kvalitetsuppföljning på central nivå.

Åtgärdsförslagen är konkreta och presenteras i detalj i rapporten ”En långsiktigt hållbar hemtjänst del 2”.

Utmaningar för hemtjänstverksamheten

Det finns stora utmaningar för hemtjänsten i framtiden. Andelen äldre ökar i befolkningen. Att ta hand om äldre i behov av vård och omsorg är ett av samhällets mest centrala ansvarsområden, inte minst att ge god social omsorg åt de mest sjuka äldre. Gruppen mest sjuka äldre utgjorde 18 procent av befolkningen 65 år och äldre². Brukare med 25 timmar hemtjänst eller mer räknas till denna grupp. I Sverige får idag omkring 300 000 kvinnor och män omfattande vård och omsorg i hemmet. Enligt SKL (Sveriges kommuner och landsting) kommer ca 450 000 människor att vara i behov av omhändertagande i hemmet om tjugo år. Åldersgruppen 75–84 år kommer nästan vara 60 procent större än i dag om tjugo år och andelen äldre som behöver hemtjänst kommer att ha ökat med ca 30 procent.

Idag får de mest sjuka äldre inte den omsorg och omvårdnad de behöver i tillräcklig utsträckning³, så utöver att fler behöver få hjälp av hemtjänsten i framtiden så behöver även omsorgskvaliteten öka. Socialstyrelsen har konstaterat att en ökad andel av de mest sjuka äldre bor i ordinärt boende. År 2012 bodde 72 procent av de mest sjuka äldre i ordinärt boende, motsvarande siffra år 2007 var 66 procent. Detta visar att fler med stora omsorgsbehov behöver hjälp av hemtjänsten, och gruppen kommer troligen fortsätta att öka. Detta betyder i sin tur att fler behöver arbeta inom hemtjänsten, fler behöver få mer kompetensutveckling och fler behöver orka arbeta fram till ålderspensionen. Enligt en undersökning från Arbetsmiljöverket (2014), angav endast 36 procent av drygt tusen anställda inom hemtjänsten i sex kommuner att de trodde sig orka arbeta kvar fram till ålderspensionen (som jämförelse kan nämnas att inom de tekniska avdelningarna var motsvarande siffra 83 procent).

I en studie som handlade om äldre medarbetare och utträde från arbetslivet undersöktes vilka faktorer som gjorde att man *både kunde och ville* fortsätta arbeta (AMM, 2015). Dessa var ekonomin, hälsan och att det stämde med familjen/fritiden. Faktorer som påverkade om man *kunde* fortsätta arbeta var fysisk arbetsmiljö, mental arbetsmiljö, arbetsbetstid och arbetstakt samt kompetens respektive förmågor. Att *vilja* fortsätta arbeta hade samband med arbetsmotivation och arbetstillfredsställelse samt med attityden från chefer och organisation/företag till den äldre medarbetaren.

Arbete inom hemtjänsten innebär ofta höga krav, låg kontroll av den egna arbetssituationen och fysiskt tungt arbete. Förtidspensionerade rapporterade i en studie att de hade kunnat arbeta kvar inom hemtjänsten om de fysiska kraven i arbetet hade minskats. Tungt fysiskt arbete är en riskfaktor för besvär i rörelseorganen. Besvär i rygg är näst vanligast bland undersköterskor jämfört med alla andra yrken. Undersköterska är den vanligaste utbildningen hos personalen inom hemtjänsten. Omkring 70 procent av kvinnor som arbetar som undersköterskor och sjukvårdsbiträden upplever efter arbetet kroppslig trötthet, vilket är den näst högsta andelen bland alla yrkesarbetande kvinnor. Detta kan inte anses vara hållbara arbetsförhållanden.

Enligt en vetenskaplig kunskapssammanställning (SBU, 2014) utvecklar bl a följande grupper mer ryggbesvär än andra:

- personer som arbetar med manuell hantering, eller med böjd eller vriden rygg,
- personer som arbetar på knä eller på huk, eller har ett fysiskt ansträngande arbete,

2 Socialstyrelsen och SKL använder definitionen ”mest sjuka äldre” som personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

3 <http://www.socialstyrelsen.se/aldre/mestsjukaaldre150827>

- personer som upplever att arbetet är pressande eller att arbetsituationen innebär små möjligheter att påverka i kombination med alltför höga krav, eller som upplever liten möjlighet till utveckling i arbetet
- personer som arbetar utanför sedvanlig arbetstid (t ex skiftarbete)

Hemtjänstpersonal är ofta exponerade för samtliga av ovanstående faktorer. Tidspress är en faktor som i kombination med besvärliga arbetsställningar ytterligare ökar risken för besvär i rörelseorganen. Men god kommunikation på arbetsplatsen lindrar risken för besvär i rörelseorganen vid hög fysisk belastning. Att ge organisatoriskt stöd i form av god kommunikation är en viktig förebyggande faktor.

Astvik m fl. (2003) undersökte hur personal inom hemtjänsten (341 anställda) upplevde sina arbetsförhållanden utifrån bredd i arbetsuppgifterna och utifrån vilka typer av brukare man besökte.

Resultaten visade att arbetsförhållandena upplevdes som mer påfrestande av de så kallade ”uppgiftsgeneralisterna” (med bredd i arbetsuppgifterna) jämfört med dem som hade avgränsade arbetsuppgifter. Likaså upplevde de som arbetade med en blandad brukargrupp att arbetet var mer påfrestande än de som arbetade specifikt med demenssjuka.

En signal på att bl a hemtjänstutförarna behöver bli mer attraktiva arbetsgivare för att kunna dra till sig tillräckligt med lämplig personal när konkurrensen om arbetskraften kommer att öka är att intresset för gymnasiets vård- och omsorgsprogram har sjunkit drastiskt.

Omsorgskvalitet är inte bara något som är viktigt för brukarna. Möjligheten att kunna utföra ett kvalitativt gott arbetet är också en central fråga för hemtjänstpersonalen. Tidigare studier har visat att relationen personal-brukare är viktig för den allmänna tillfredsställelsen i arbetet. Dåliga relationer kan leda till långsiktiga konsekvenser i form av ohälsa och utslagning från yrket.

Kommunens övergripande ansvar för omsorgskvaliteten

Omsorgskvalitet är inget entydigt begrepp utan en definitionsfråga. Nedan följer exempel på hur god omsorgskvalitet kan definieras:

- Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (4§ Socialtjänstlagen)
- Genom involvering av brukare och att bättre tillvarata professionens kunskaper och forskningens resultat skall varje individ få den bäst lämpade insatsen (Sveriges kommuner och landstings hemsida 150115).
- Att individuell och social variation bland brukarna kan hanteras (Astvik W., avhandling, 2003).

Kommunen har det övergripande ansvaret för omsorgskvaliteten inom hemtjänsten oavsett utförare (Kommunallagen 6 kap. 7 §). Det står även att när verksamhet överlämnats till en privat utförare ska kommunen (3 kap. 16 §):

- kontrollera och följa upp verksamheten
- anta ett program med mål och riktlinjer som ska följas upp
- säkra allmänhetens insyn

Kammarkollegiet har i en rapport kommit fram till följande angående upphandlingen av hemtjänsten:

- Kommunen kan ställa upp mål för verksamheten. Utförarna har sedan skyldighet att använda resurserna effektivt för att uppfylla målen.
- Utföraren är skyldig att bistå kommunen med de underlag som behövs för uppföljning av verksamheten
- Utföraren har ansvar för personalens kunskaper och kompetensutveckling
- Utföraren ska ge tillgång till handledning för personalen
- Utföraren ska ha tillräcklig bemanning
- Utföraren ska ha en god personalkontinuitet

Hållbar hemtjänst

Projektets syfte var att undersöka vilka parametrar som kommunerna behöver följa upp för att bättre kunna säkra en stabil hemtjänst med god omsorgskvalitet i framtiden och att därefter ta fram åtgärdsförslag som kan komplettera kommunernas befintliga ersättnings- och kvalitetsuppföljningssystem.

En utgångspunkt för projektet var att kommunerna behöver ta ansvar för hemtjänsten genom att arbeta mer övergripande och mer förebyggande för att säkra att alla utförare levererar god omsorgskvalitet.

Kommunerna tar idag huvudsakligen ansvar för att brukarna är nöjda med hemtjänsten på ett individuellt plan, d v s varje enskild brukare har möjligheter att klaga och personalen har möjlighet att reagera å enskilda brukares vägnar på dålig omsorg utifrån Lex Sarah.

Vi menar att det finns övergripande strukturer och system som påverkar vilka förutsättningar som ges från kommunen till utförarna så personalen kan leverera god omsorgskvalitet. Ett exempel är om många brukare har stora eller små omsorgsbehov. Naturligtvis beror det även på hur

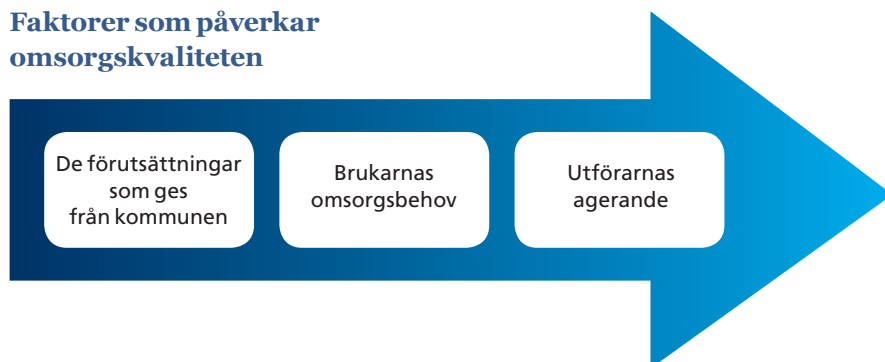
utförarna agerar utifrån de givna förutsättningarna och brukarnas omsorgsbehov (se figur 1).

Vi ville ta fram underlag för att utveckla ett systematiskt kvalitetsuppföljningssystem ur ett förebyggande perspektiv och på gruppnivå. Kvalitetsuppföljningssystemet skulle även samverka med ersättningssystemets utformning.

Projektets huvudsyfte var att ta fram generella åtgärdsförslag som kompletterar kommunernas ersättnings- och kvalitetsuppföljningssystem för att förbättra utförarnas förutsättningar att leverera god omsorgskvalitet till alla brukare utifrån frågeställningarna:

- *Hur kan kommunen skapa bättre förutsättningar för hög omsorgskvalitet för de mest behövande bland brukarna och för att utförarna ska kunna öka sin attraktivitet som arbetsgivare?*
- *Hur kan kommunen förbättra balansen mellan resurser, krav och kompetens inom hemtjänsten och förbättra sin uppföljning av omsorgskvaliteten?*

Faktorer som påverkar omsorgskvaliteten



Figur 1. Viktiga faktorer som påverkar omsorgskvaliteten på en mer övergripande nivå är de förutsättningar som ges från kommunen, omsorgsbehoven hos brukarna och hur utförarna agerar, det vill säga chefernas val av handlingsstrategier och personalens kompetens och agerande gentemot brukarna.

Projektet HEKLA

Projektet finansierades av försäkringsbolaget AFA och Stockholms läns landsting. AFA stödjer projekt som vill förebygga arbetsrelaterad ohälsa för att på så sätt minska försäkringskostnader och Stockholms läns landsting vill minska belastningen på sjukvården genom friskare brukare och personal.

Projektet fick namnet HEKLA (Hemtjänst, Ekonomi, Kvalitet, Ledning och Arbetsförhållanden) och hade flera perspektiv. Strävan var att integrera dessa perspektiv till en helhet, något som innebar ett stort antal avvägningar mellan de olika perspektiven för att på så sätt nå fram till bärande åtgärdsförslag. Projektgruppens medlemmar hade olika kompetenser inom företagsekonomi (bl a personalekonomi), verksamhetsutveckling och beteendevetenskap. En doktorsavhandling inom företagsekonomi baserad på resultat från HEKLA ingick i projektet (Andersson, 2014).

Metoder

Vi valde en interaktiv ansats, vilket betyder att man samverkar med nyckelpersoner inom den bransch man avser att undersöka. Projektresultat diskuteras med nyckelpersonerna för att få en fördjupad analys av resultaten, men också för att gemensamt ta fram adekvata åtgärdsförslag på en så konkret nivå som möjligt. De nyckelpersoner vi diskuterade med var enhetschefer, beställare/förvaltning och två hemtjänstgrupper.

Vi skickade ut en förfrågan där vi presenterade tankegångarna i projektet till ett antal kommuner. De två kommuner som först visade intresse valdes ut. I den stora kommunen ringde chefen för beställarenheten runt till utförarna och frågade om intresse fanns bland dem för medverkan. På så sätt rekryterades tre utförare i den kommunen. I den lilla kommunen tillfrågades chefen för hemtjänsten i egenregi av den biträdande socialchefen om de var intresserade av att delta.

- Två kommuner (en större och en mindre) med fyra utförare (två kommunala och två privata) engagerades
- 450 schemalagda anställda fick en enkät, svarsfrekvens 70 % (346 svarande)
- Två gruppintervjuer gjordes inom två hemtjänstenheter
- Nio enhetschefer intervjuades
- Systemdata (administrativ data) samlades in
- Ekonomiska data samlades in

Figur 2. Redovisning av vilka som deltog i projektet och vilken typ av data som samlades in samt vilka insamlingsmetoder som användes.

Kommun 1 (stora kommunen)

- Beställar-/utförarmodell med prestationsbaserad ersättning
- Ersättning utifrån timpris och utförd tid
- Digital tidsredovisning (Intraphone)
- Egenregi, kommunal utförare 1 (253 svarande) 1407 brukare
- Privat utförare 1 (35 svarande) 250 brukare
- Privat utförare 2 (17 svarande) 70 brukare

Kommun 2 (lilla kommunen)

- Anslagsfinansierad verksamhet
- Digital tidsredovisning (Mobipen)
- Egenregi, kommunal utförare 2 (42 svarande) 486 brukare

Den större kommunen hade 13 privata utförare och egenregi medan den mindre kommunen hade anslagsfinansiering och en utförare i egenregi.

Den kommunala utföraren i den stora kommunen (kommunala utföraren 1) var den största utföraren som medverkade och hade 360 schemalagda anställda (svarsfrekvensen i enkätundersökningen var 70 procent). Den större privata utföraren (privata utföraren 1) hade 50 schemalagda anställda (svarsfrekvens 70 procent) och den mindre privata utföraren (privata utföraren 2) hade 27 schemalagda anställda (svarsfrekvens 66 procent).

Den kommunala utföraren i den lilla kommunen (kommunala utförare 2) hade 57 schemalagda anställda (svarsfrekvens 74 procent).

Projektprocessen

Figur 3 visar projektprocessen med datainsamlingen och interaktionen med nyckelpersonerna. Den första boxen (1) berör olika metoder som användes vid datainsamlingen. Den andra boxen

(2) berör hur vi gick vidare med insamlad data för att få fram de viktigaste förbättringsområdena och genom dialogmöten fick återkoppling på det från enhetscheferna. Den tredje boxen (3) berör de två sista stegen för att få fram de åtgärdsförslag som presenteras i ”En långsiktigt hållbar hemtjänst, del 2”. På dialogmötena med beställare/förvaltning fick de närvarande reagera på resultaten från den egna kommunen och på våra idéer om åtgärdsförslag. Därefter lades mycket arbete ned på att ta fram generella åtgärdsförslag som även utgick från tidigare arbetslivsforskning och ekonomiskt tänkande.

Olika metoder för datainsamlingen – enkätundersökning bland personalen

Frågorna i enkätundersökningen, som redovisas i Bilaga 1 i denna rapport, hade delvis tagits fram i ett samarbete mellan Arbets- och miljömedicin inom Stockholms läns landsting, Vårdhögskolan i Stockholm och Arbetslivsinstitutet (Pettersson m fl, 2002). Vissa tillägg gjordes utifrån ett tidigare hemtjänstprojekt (Målqvist, 2010).



Figur 3. Projektprocessen, alltså i vilken tidsordning olika steg togs i projektet.

De frågeområden som enkäten innehöll och som berörde brukarna var:

- Vilka typer av brukare man besökte, d v s grad av brukartyngd (brukare med enbart service-tjänster, både service och omvårdnad, brukare med demenssymptom eller annan psykisk ohälsa samt brukare med fysiska besvär/sjukdom)
- Kvaliteten på utförarnas levererade tjänster
- Personalens kunskaper avseende brukarnas sjukdomar
- Upplevda kvantitativa krav (arbetsmängd i förhållande till givna tidsramar)
- Upplevda kvalitativa krav (upplevd svårighetsgrad i arbetet – inre/yttre krav)
- Vilja att arbeta kvar (personalkontinuitet)

Frågeområden som berörde personalens hälsa och välbefinnande var:

- Arbetsrelaterad ohälsa (upplevd hälsoförsämring orsakad av arbetet)
- Smärta/besvär i rörelseorganen (nedsatt välbefinnande)
- Arbetsrelaterade sömnbesvär (nedsatt välbefinnande)
- Ansträngning i arbetet (nedsatt välbefinnande)

Frågeområden som berörde personalens upplevelse av den egna arbetsplatsen var:

- Trivsel på arbetsplatsen
- Stöd från närmaste chef och arbetskamrater
- Egenkontroll/Påverkansmöjligheter

Frågeområdena som berörde personalens upplevelse av den egna arbetsplatsen fanns med som kontrollfrågor på så vis att om en hög andel av personalen inte trivdes eller inte upplevde stöd från chef eller arbetskamrater borde risken öka för att detta skulle påverka hur man svarade på de andra frågorna, d v s på ett mer negativt sätt. Det var också ett sätt att få en uppfattning om hur de anställda upplevde kraven i arbetet och dess förhållande till upplevt stöd och möjligheter till att kunna påverka sin arbetssituation.

I sambandsanalyserna har vi satt en gräns vid att det ska vara minst 30 svarande i en exponerad svarsgrupp på frågorna för att resultatet ska beaktas. Klassificering av exponerad grupp bas-

seras på att svarsalternativen delats in i olika kategorier beroende på om svaren var positivt eller negativt riktade. De personer som avgett negativt riktade svar bedömdes som exponerade (t ex för kunskapsbrist eller höga krav i arbetet) för riskfaktorer.

Olika metoder för datainsamlingen – intervjuer

Samtliga nio enhetschefer som tillfrågades var positiva till att delta. Sex enhetschefer arbetade hos den kommunala utföraren i den stora kommunen och två enhetschefer arbetade hos respektive privata utförare i den stora kommunen. Det fanns bara en enhetschef i den lilla kommunen och den personen ingick i gruppen tillfrågade. Bland biståndshandläggarna valde deras närmaste chef ut de två som för tillfället hade bäst möjlighet till att delta i den stora kommunen och i den lilla kommunen gjordes individuella intervjuer med enhetschefen respektive chefen för biståndsbedömningen.

I den stora kommunen gjordes sju individuella intervjuer med enhetschefer, fem från den kommunala utföraren (den dåvarande organisationen bestod av sex enheter, vilket förändrades till sju enheter under projekttiden) och en från vardera de två privata utförarna.

De individuella intervjuerna följde samma intervjuguide för enhetscheferna respektive för biståndshandläggarna. Följdfrågorna kunde variera utifrån vilka riktlinjer som fanns i kommunen och hur ersättningen var utformad. Frågorna i respektive intervjuguide var dels faktafrågor med svarsalternativ och dels öppna svarsmöjligheter, vilket gav informanterna lika chans att säga sin egen åsikt utifrån samma frågor.

Före intervjuerna inhämtades vissa fakta via mail från enhetscheferna som t ex antal anställda, antal bilar etc.

Intervjuguiden för enhetscheferna behandlade följande huvudområden:

- Krav och direktiv från beställarna och politikerna
- Enhetschefernas handlingsstrategier utifrån de givna förutsättningarna
- Den egna arbetssituationen, som bl.a. inkluderade kontakt och kommunikation med beställarna.

Inom samtliga områden försökte vi få både upplevda hinder och möjligheter belysta. Intervjuerna avslutades med en öppen fråga om det fanns något intervjupersonen ville tillägga.

Intervjuerna med biståndshandläggarna behandlade hur biståndsprocessen gick till, verksamhetens organisering och den egna arbetssituationen. Även här försökte vi få både upplevda hinder och möjligheter belysta och avslutade med en öppen fråga.

Olika metoder för datainsamlingen – gruppintervjuer bland personal

Vi genomförde två gruppintervjuer, en hos den kommunala utföraren i den stora kommunen (i en av de geografiska enheterna) och en hos utföraren i den lilla kommunen. Dessa skedde efter att vi fått fram resultaten från enkätundersökningen. Vi ställde frågor som vi vill ha en bättre förståelse för utifrån enkätresultaten, t ex hur de upplevde krav respektive trivselfaktorer i arbetet.

Olika metoder för datainsamlingen – administrativa och ekonomiska data

Omfattande studier av dokument från de två kommunerna genomfördes. Polycys, planer etc. har hämtats från hemsidor, medan administrativa och ekonomiska data inhämtats vid besök hos beställare, personal- och ekonomiavdelningar samt hos utförarna via mail och vid intervjuer och dialogmöten.

Dialogmöten med enhetschefer och beställare/förvaltning

Som ett sätt att skapa interaktivitet i forskningsprocessen genomfördes ett antal s.k. dialogmöten med företrädare för både beställare och utförare i de båda kommunerna. Först en serie möten där huvudresultaten från enkätstudien presenterades och diskuterades och sedan en serie möten där vi presenterade och diskuterade forskargruppens förslag till utveckling av ersättnings- och kvalitetsledningssystem. Totalt genomfördes tre sådana möten med enhetschefer hos den kommunala utföraren och två möten med chefer från de båda deltagande privata utförarna i den stora kommunen. Dessutom hade vi två möten med centrala beställarchef/stabsspecialister och ett möte med centralt ansvariga för biståndsbedöm-

ningen i den stora kommunen. I den lilla kommunen hade vi motsvarande möten med ansvariga på både beställarsidan och utförarsidan (förvaltningschef, ekonomichef, enhetschefen för hemtjänsten, chefen för biståndsbedömningen) samt ett fackligt ombud från Kommunal vid två tillfällen med ett års mellanrum.

Identifiering av relevanta områden för projektets syfte och frågeställningar

I intervjuerna med enhetscheferna ställde vi dels frågor för att hitta eventuella likheter och skillnader i hur verksamheterna styrdes i de två kommunerna och dels frågor om hur de upplevde olika förhållanden inom verksamheten utifrån det tidigare nämna projektet och utifrån frågeställningar som kunde kopplas till hemtjänstens övergripande styrning från kommunens sida, t ex till ersättningssystem och riktlinjer. På dialogmötena bollades våra tankegångar och förslag på relevanta områden med enhetscheferna och även med beställarna i den stora kommunen och förvaltningen i den lilla kommunen. Utifrån enkätresultaten, dialogmötena med enhetschefer och beställare/förvaltning samt tidigare forskning, utvecklades åtgärdsförslagen. Intervjuerna med biståndshandläggarna användes också som kunskapskälla för att få med hela linjen från biståndsmyndighet, via enhetschefer till personalen. Tidigare forskning användes även för att utifrån denna hitta relevanta förbättringsområden.

Frågorna i enkätundersökningen hade dels hämtats från tidigare forskning inom hemtjänsten (Petterson m fl, 2002; Målqvist, 2010) och dels utvecklats vidare utifrån dessa projekt. Vissa frågor ville undersöka eventuella samband mellan de givna förutsättningarna (t ex hur många brukare man var ålagd att besöka), upplevelsen av kraven och ansträngningen i arbetet och dess påverkan på personalens välbefinnande, arbetshälsa och vilja att arbeta kvar. Frågor som berörde den egna arbetsplatsen användes som kontrollfrågor för att uppmärksamma eventuella stora lokala problem som skulle kunna påverka svaren om själva verksamheten.

Utifrån enkätresultaten tog vi fram de områden vi ansåg att kommunerna behövde följa upp för att bättre säkra omsorgskvaliteten och för att

arbetsförebildande. Tidigare forskning användes som referensmaterial för detta.

Utveckling av åtgärdsförslag

Utifrån resultaten och tidigare forskning togs konkreta åtgärdsförslag fram, vilka skulle kunna generaliseras till användbarhet i alla kommuner. Dessa diskuterades med beställare/förvaltning.

Detta sista steg, att ta fram slutgiltiga konkreta åtgärdsförslag, var en process som tog lång tid. Förslag till kompletteringarna till ersättningssystemen och kvalitetsuppföljningen behövde harmoniseras med varandra, vara systematiska och hämta sin grund både från projektresultaten och tidigare forskning samt kunna användas av alla kommuner oavsett beställar-utförarmodell eller anslagsfinansiering.

Resultat

Här nedan presenteras resultaten från intervjuer, enkätundersökning, systemdata och ekonomiska data. Resultaten i form av åtgärdsförslag redovisas i rapporten ”En långsiktigt hållbar hemtjänst, del 2”

Studien innehåller olika sorters resultat utifrån kvantitativa, kvalitativa, ekonomiska och systemdata. Kvantitativa data (enkätundersökningen) analyseras både utifrån hela svarsgruppen, olika undergrupper (de som svarat på ett visst sätt), utförare och utifrån geografiska/organisatoriska enheter inom den kommunala utföraren i den stora kommunen. Den utföraren hade ett tillräckligt stort antal svarande för att möjliggöra en sådan underindelning (253 svarande). Sedan tillkom kvalitativa data från intervjuer samt administrativa och ekonomiska data.

Detta innebär att studien redovisar resultat utifrån olika dimensioner. Intervjuer och enkätresultat har vi valt att redovisa dels som sammanfattningar i själva rapporten för att underlätta läsningen och för enkätresultaten i form av stapeldiagram. Statistiskt säkerställda sambandsanalyser redovisas i punktform.

Resultat av intervjuerna med enhetscheferna och biståndshandläggarna

Nedan ges en mycket kort sammanfattning av de intervjuer som genomförts med enhetschefer och biståndshandläggare i de båda deltagande kommunerna. Rubrikerna anger de huvudsakliga teman som framträdde vid analys av intervju-materialet.

Beställar-utförarmodellen. Den stora kommunen använde sig av denna modell. Modellen har en tydlig organisatorisk åtskillnad mellan hemtjänstens beställare, som finns hos kommunen, och utförare som både kan finnas i kommunal regi och i privat regi. Modellen upplevdes ha både för- och nackdelar, men nackdelarna framträdde starkast. Arbetsättet skapade stora avstånd och försvårade kontakt och kommunikation mellan

beställare och utförare. En fördel som nämndes var att brukarsäkerheten blev bättre genom en tydlighet om vad som faktiskt skulle utföras oavsett bemanningssituation. Tidigare var det samma organisatoriska enhet som både bestämde vad som skulle göras och när och hur detta skulle ske. Nu fick utföraren ett biståndsbeslut som bröts ner till en genomförandeplan.

Omsorgskorg. Den lilla kommunen använde sig av denna modell. Biståndshandläggarna satte en tid, en klumpsumma, när det var frågan om för- enklad biståndshandläggning, d v s enbart servicetjänster. Då ingick tvätt, städ och inköp och brukaren fick förvalta tiden som den vill. När det ingick personlig omvårdnad fick brukaren ett beslut om behov av omsorgsinsatser. Sedan var det personalen som bröt ner det i en genomförandeplan och arbetade utifrån den. Personalen beskrev sedan i en utredning vad som inte fungerade att göra för brukaren, vad brukaren klarade själv och vilka behov av hjälp som fanns. Tids- schabloner användes vid personlig omvårdnad. Ingen kritik framfördes mot detta arbetssätt.

Biståndsbedömning. Biståndsbedömningen uppfattades generellt som bra och tillräckligt generös i båda kommunerna. Det var emellertid stora skillnader mellan bedömningar från olika handläggare, vilket skapade problem för utförare och brukare i den stora kommunen. I den lilla kommunen hade biståndshandläggare och utföraren ett möte efter ett par veckor för att vid behov justera biståndsbesluten.

Ersättning/budget. Uppfattningen var helt entydig; ersättningsnivån var alltför låg i båda kommunerna.

Personalens kompetens. Det fanns ett stort och ökande behov av kompetensutveckling för personalen, speciellt avseende demens och psykiska besvär/sjukdomar. Möjligheterna att åstadkomma den nödvändiga kompetenshöjningen bedömdes som små, på grund av bristande ekonomiska resurser och därigenom brist på tid. Det

fanns också en oro bland flera av enhetscheferna för kommande rekryteringsproblem, ett problem som flera enhetschefer redan hade känt av.

Enhetschefernas och biståndshandläggarnas arbetssituation. Arbetet ansågs intressant och roligt, men beskrivs som stressigt, huvudsakligen beroende på för stor arbetsmängd framför allt i den stora kommunen. Ett särskilt problem var den stora mängden administrativa uppgifter, vilket gjorde att tid för stöd till personalen för enhetscheferna och stöd till brukarna för biståndshandläggarna, t ex för uppdatering av biståndsbesluten, upplevdes som alltför liten. Det fanns bra stöd inom organisationen i båda kommunerna, främst från kollegor. Några av de kommunala enhetscheferna tog upp att vissa beslut som politikerna tog gjordes utan konsekvensanalys och kunde slå plötsligt och hårt på deras budget.

Resultat av gruppintervjuerna

Nedan följer de viktigaste resultaten från de gruppintervjuer som gjorts med personal från de kommunala utförarna i båda kommunerna.

Båda grupperna uppskattade kontakten med människor. Arbetet var omväxlande och man fick ta egna beslut. Man var överens i båda grupperna om att tidspressen var det mest negativa i hemtjänsten samt ibland en upplevelse av kompetensbrist.

Hos utföraren i den stora kommunen ville man ha betalt för dubbelbemanningar och förflyttnings-tid i högre utsträckning.

Hos utföraren i den lilla kommunen ansåg man att verksamheten behövde mer pengar men ingen precisering gjordes.

Resultat av enkätstudien

Resultaten från enkätundersökningen har använts för att hitta viktiga områden för kommunerna att följa upp för att bättre säkra omsorgskvaliteten, d v s för att utveckla en generell kvalitetsuppföljningsmodell. Profilen på svaren kan naturligtvis komma att bli annorlunda om samma frågor ställs till personalen hos andra

utförare och i andra kommuner. Åtgärdsförslagen kan ses som projektets huvudsakliga resultat och är dels underbyggda av olika delresultat från studien och dels från tidigare forskning. Vi har valt att bearbeta data främst utifrån ett politiker-/beställarperspektiv för att svara mot projektets syfte.

Vi har inte kunnat göra sambandsanalyser på utförarnivå eftersom tre av fyra utförare hade för små svarsgrupper för detta. De sambandsanalyser som gjorts på hela svarsgruppen och som presenteras i rapporten är alla statistiskt säkert ställda.

Det är även viktigt att känna till att tre av de fyra utförarna hade traditionell hemtjänst, huvudsakligen med brukare över 65 år, medan en av utförarna (den privata utföraren 2) hade flest brukare under 65 år och som huvudsakligen hade någon form av psykisk ohälsa eller psykiskt funktionshinder. Dessa brukare lydde under Lagen om särskilt stöd (LSS) vilket innebar att de hade rätt till hjälp i flera sammanhängande timmar.

Bakgrundsfakta – svarsgrupp

Av de svarande i hela svarsgruppen var:

- 96 procent kvinnor
- genomsnittsåldern 43 år
- 8 procent över 60 år
- 63 procent undersköterskor
- 50 procent heltidsarbetande
- 63 procent tillsvidareanställda

De kommunala utförarna hade enbart tillsvidareanställd personal. De använde sig av brutna pass för att spara kostnader, d v s personal arbetade på morgonen och på kvällen och var lediga några timmar mitt på dagen.

Det fanns inga samband mellan ålder och hur man svarat på frågorna och heller inga signifikanta skillnader mellan hur undersköterskor och övrig hemtjänstpersonal svarat på frågorna. Det enda sambandet vi fann mellan ovanstående data och enkätfrågorna var att de som arbetade heltid angav att arbetet försämrade hälsan i större utsträckning än de som arbetade deltid (44 % jämfört med 30 %).

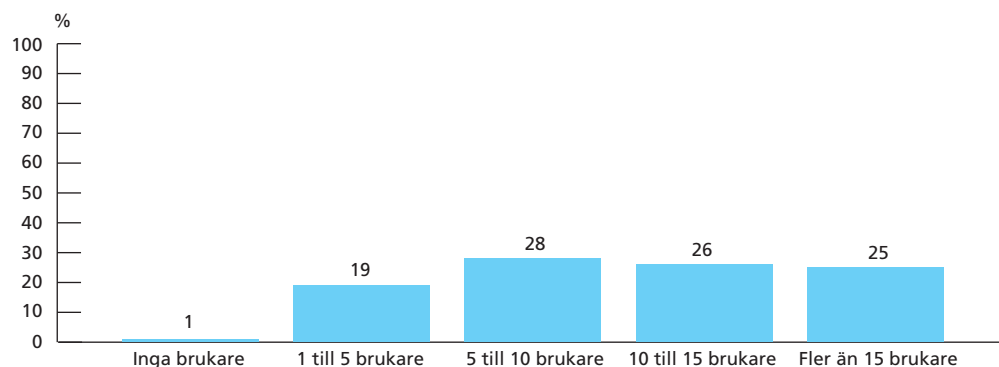
Brukartyngd

Med hög brukartyngd menas att de svarande angett något av följande:

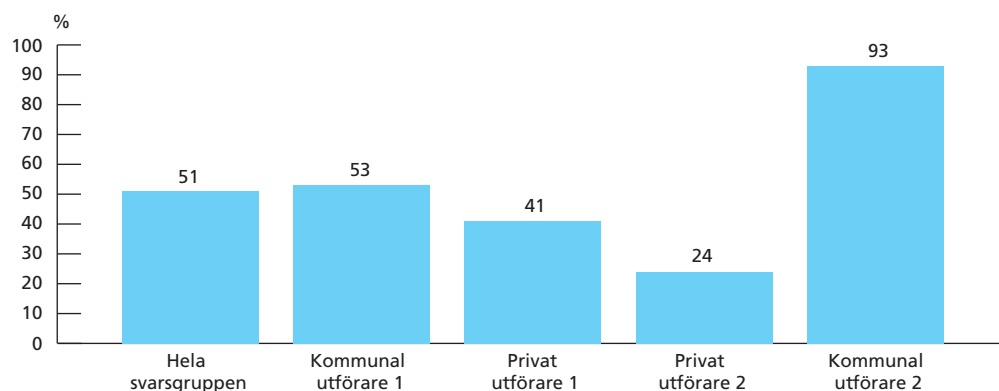
- att de besökte många brukare med både service- och omvårdnadstjänster (>10 brukare en normal arbetsvecka)
- att flertalet eller alla brukare man besökte hade demens eller annan psykisk ohälsa
- att flertalet eller alla brukare man besökte hade fysiska besvär/sjukdomar

Brukare med både service- och omvårdnadstjänster

Figur 4 visar fördelningen bland personalen på grupper baserade på hur många brukare med både service- och omvårdnadstjänster man besökte en normal arbetsvecka.



Figur 4. Andel (%) av personalen i hela svarsgruppen som angav att de besökte ett visst antal brukare med både service- och omvårdnadstjänster en normal arbetsvecka.



Figur 5. Andel (%) av personalen i hela svarsgruppen samt fördelad per utförare som angav att de besökte fler än 10 brukare med både service- och omvårdnadstjänster en normal arbetsvecka.

Fördelningen är ganska jämn mellan grupperna bortsett från gruppen som inte går till några brukare med både service- och omvårdnadstjänster (enbart en procent av personalen). De som besökte fler än 10 sådana brukare var 51 procent.

En jämförelse mellan utförarna och hur stor andel av personalen som besöker mer än 10 brukare med både service- och omvårdnadstjänster en normal arbetsvecka redovisas i figur 5.

Det fanns en stor variation mellan utförarna när det gällde hur stor andel som besökte fler än 10 brukare med både service- och omvårdnadstjänster en normal arbetsvecka. Hos den kommunala utföraren i den lilla kommunen angav 93 procent av de svarande detta medan andelen hos den kommunala utföraren i den stora kommunen var 53 procent. Hos den privata utföraren 1 var andelen 41 procent och hos den privata utföraren 2 var den 24 procent.

När vi jämförde de sex geografiska och organisatoriska enheterna⁴ med varandra inom den kommunala utföraren i den stora kommunen fann vi även där en stor variation av hur stor andel av personalen som besökte fler än 10 brukare med både service- och omvårdnadstjänster en normal arbetsvecka.

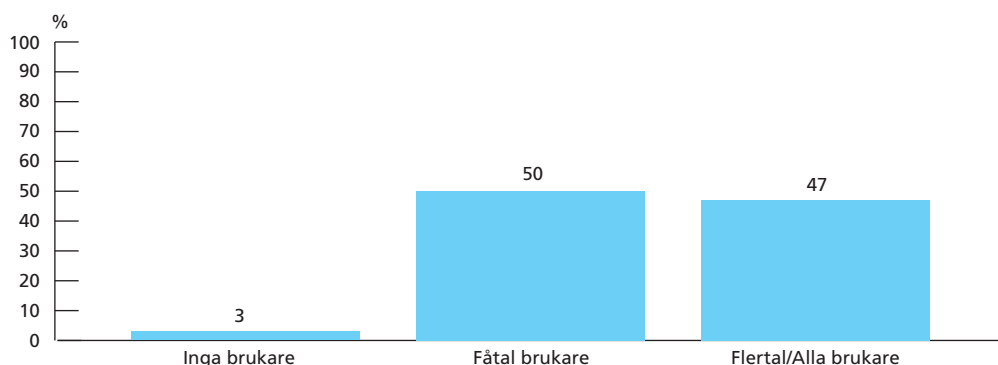
Brukare med demenssymptom

Figur 6 visar fördelningen bland personalen i hela svarsgruppen av hur många brukare demenssymptom man besökte.

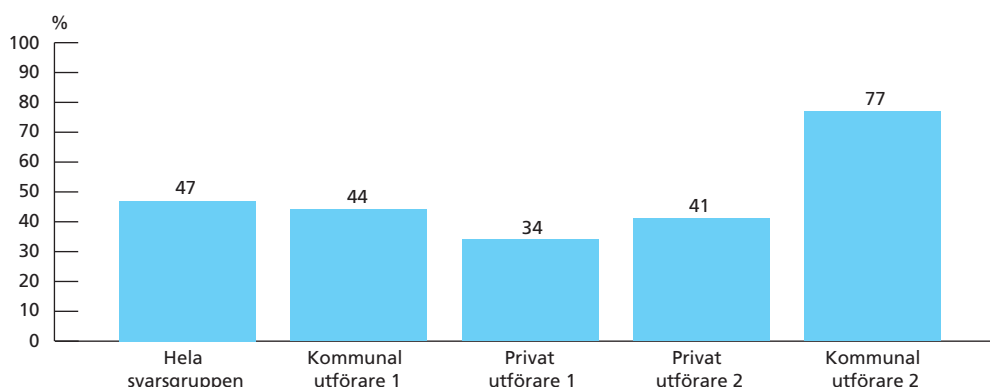
Hälften (50 %) besökte ett fåtal brukare med demenssymptom medan nästan hälften (47 %) besökte brukare med demenssymptom till största delen eller helt och hållet.

Figur 7 visar att variationen mellan utförarna, när det gällde hur stor andel av personalen som besökte många brukare (flertalet/alla) med demenssymptom, inte alls var lika stor som andelen som besökte fler än 10 brukare med både service- och omvårdnadstjänster förutom i ett fall. Dock avvek den kommunala utföraren i den lilla kommunen, där 77 procent angav detta.

När vi jämförde de sex geografiska och organisatoriska enheterna med varandra inom den kommunala utföraren i den stora kommunen fann vi en stor variation av hur stor andel av personalen som angav att flertalet eller alla brukare de besökte hade demenssymptom (mellan 29 procent till 48 procent).



Figur 6. Andel (%) av personalen i hela svarsgruppen som angav att de besökte ett visst antal brukare med demenssymptom.



Figur 7. Andel (%) av personalen i hela svarsgruppen samt fördelad per utförare som angav att de besökte många brukare (flertalet/alla) med demenssymptom.

⁴ Hos den kommunala utföraren i den stora kommunen var det tillräckligt många svarande för att möjliggöra analyser av undergrupper.

Brukare med annan psykisk ohälsa

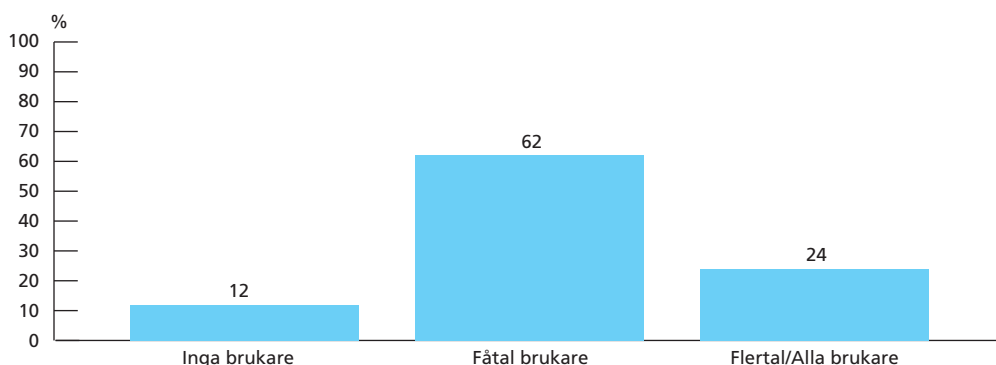
Figur 8 visar fördelningen bland personalen i hela svarsgruppen av hur många brukare med annan psykisk ohälsa än demens man besökte.

Det fanns en stor variation mellan utförarna när det gällde hur stor andel av personalen som besökte många brukare (flertalet/alla) med annan psykisk ohälsa än demens, se figur 9.

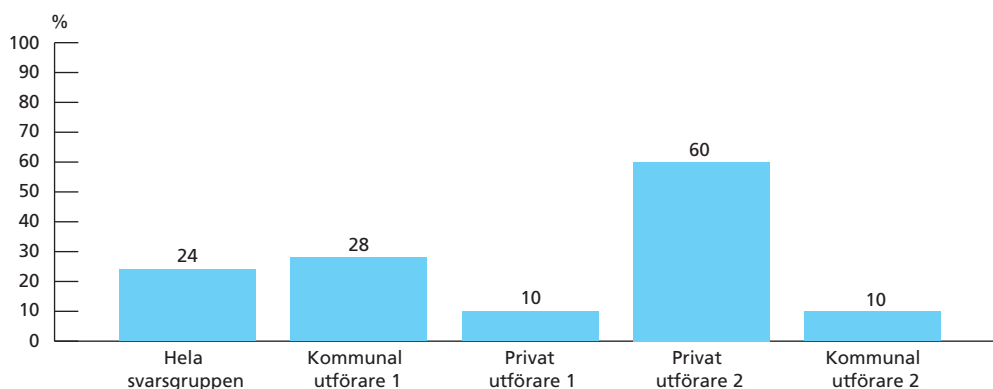
Den privata utföraren 2 hade den klart största andelen brukare med annan psykisk ohälsa. De

hade nischat sig gentemot den kategorin av brukare. De hade därigenom rätt att vara hemma hos brukaren flera timmar sammanhängande tid⁵.

Vid en jämförelse mellan de sex geografiska och organisatoriska enheterna inom den kommunala utföraren i den stora kommunen fanns även där en stor variation mellan enheterna hur stor andel av personalen som besökte många brukare med annan psykisk ohälsa.



Figur 8. Andel (%) av personalen i hela svarsgruppen som angav att de besökte ett visst antal brukare med annan psykisk ohälsa än demens.



Figur 9. Andel (%) av hela svarsgruppen samt av personalen per utförare som angav att de besökte många brukare (flertalet/alla) med annan psykisk ohälsa än demens.

5 Många brukare lydde under LSS-lagen (Lagen om särskilt stöd).

Brukare med fysiska besvär eller sjukdom

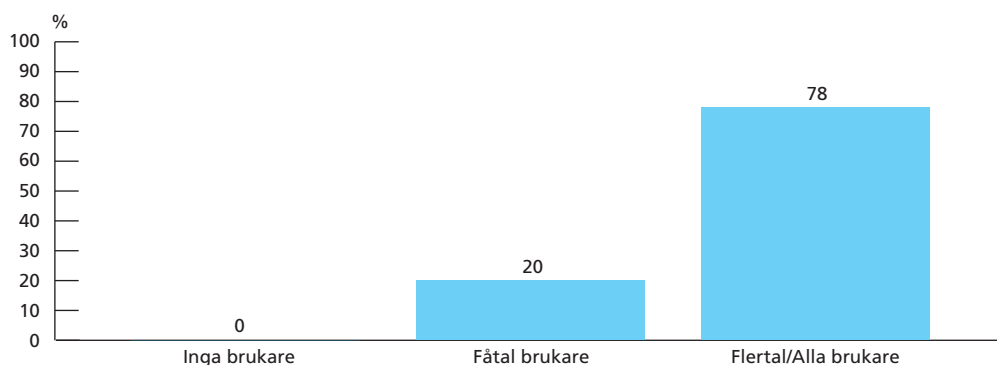
Figur 10 visar fördelningen bland personalen av hur många brukare med fysiska besvär/sjukdom man besökte.

Den stora majoriteten besökte många brukare med fysiska besvär/sjukdom (78 %).

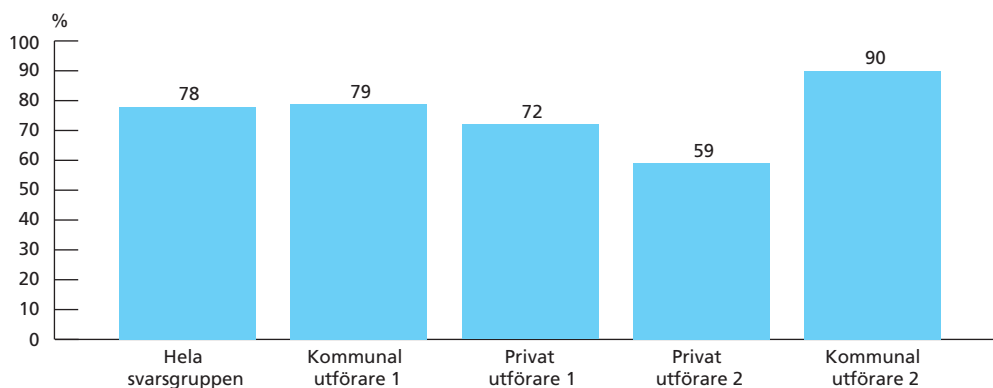
Det fanns en viss variation mellan utförarna när det gällde andel av personalen som besökte många brukare (flertalet/alla) med fysiska besvär/sjukdom, enligt figur 11.

Den kommunala utföraren i den lilla kommunen hade den största andelen av personalen som besökte många brukare med fysiska besvär/sjukdom (90 %). Den privata utföraren 2 hade den lägsta andelen (59 %).

Det fanns en viss variation mellan enheterna inom den kommunala utföraren i den stora kommunen när det gällde att besöka många brukare med fysiska besvär/sjukdom.



Figur 10. Andel (%) av personalen i hela svarsgruppen som angav att de besökte ett visst antal brukare med fysiska sjukdomar/besvär.



Figur 11. Andel (%) av personalen i hela svarsgruppen samt per utförare som angav att de besökte många brukare (flertalet/alla) med fysiska sjukdomar/besvär.

Brukartyngd hos respektive utförare

Sammantaget visar variationen av brukartyngd mellan utförare och mellan enheterna i den stora kommunen, att kraven i arbetet för personalen kan variera mellan kommuner, mellan utförare inom samma kommun och mellan enheterna inom en utförarorganisation.

För att få en uppfattning om brukartyngden hos respektive utförare klassificerades personalen utifrån vilka brukare de besökte:

- fler än 10 brukare med både service- och omvårdnadstjänster
- besökte många (flertal/alla) brukare med demens
- besökte många (flertal/alla) brukare med annan psykisk ohälsa.

Besök hos dessa brukare kallas här aktiviteter.

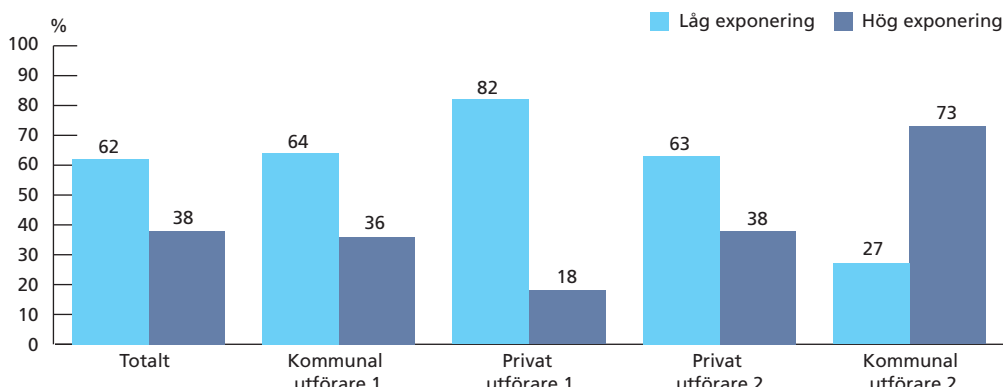
Exponeringsklassificering utifrån brukartyngd:

0. Lägst exponering	Ingen av ovanstående aktiviteter
1. Låg exponering	En av ovanstående aktiviteter
2. Hög exponering	Två av ovanstående aktiviteter
3. Mycket hög exponering	Tre av ovanstående aktiviteter

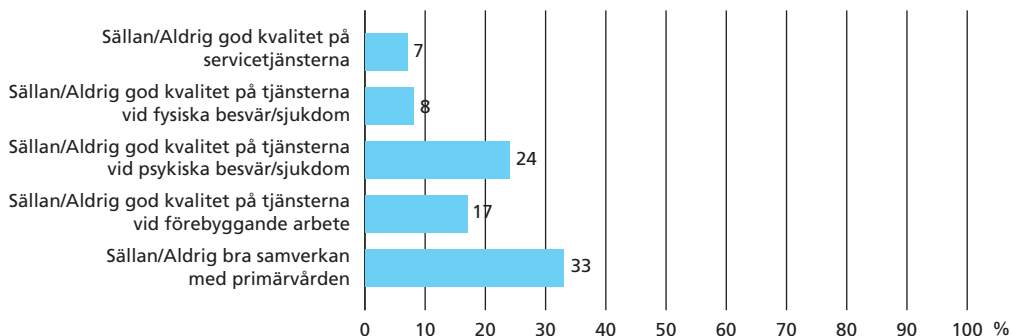
Figur 12 visar att den kommunala utföraren i den lilla kommunen (kommunal utförare 2) hade den absolut högsta brukartyngden. Den privata utföraren 1 hade den lägsta brukartyngden.

Personalens upplevda kvalitet på de levererade tjänsterna

Kommunerna behöver säkra att utförarna har tillräckliga förutsättningar för att leverera god omsorgskvalitet till alla brukare. De behöver även följa upp att utförarna använder tilldelade



Figur 12. Andel (%) av personalen med låg respektive hög exponering avseende brukartyngd.



Figur 13. Andel (%) av personalen som rapporterade att arbetsplatsen sällan eller aldrig hade god kvalitet på sina tjänster till brukarna eller sällan eller aldrig upplevde att samverkan med primärvården fungerade bra (325–338 svarande).

resurser på förväntat sätt och klarar av att ha god kvalitet på de levererade tjänsterna.

God omsorgskvalitet kan vara en upplevelsefråga för den individuella mottagaren, men god omsorgskvalitet kan även vara ett uppsatt mål för en kommun. Idag genomförs brukarundersökningar i alla kommuner för att synliggöra brukarnas uppfattningar, och vi menar att även personalens uppfattning om kvaliteten på de levererade tjänsterna behöver synliggöras och vilka förutsättningar de har för att leverera god kvalitet samt att det inte sker på bekostnad av deras eget välbefinnande.

Figur 13 visar andelar av personalen i hela svarsgruppen som angav att arbetsplatsen sällan eller aldrig hade god kvalitet på sina tjänster.

Resultatet visar att det bland personalen hos de fyra utförarna som ingick i enkätundersökningen var en hög andel nöjda med kvaliteten på service-tjänsterna (93 %), likaså var de nöjda med kvaliteten på tjänsterna till de brukare som hade fysiska besvär eller sjukdomar (92 %).

Det fanns en viss variation mellan utförarna när det gällde hur stor andel som angav att arbetsplatsen sällan eller aldrig levererade god kvalitet på sina tjänster till brukare med psykiska sjukdomar/ohälsa (inklusive demens). Hos den kommunala utföraren i den lilla kommunen angav 38 procent av de svarande detta, medan andelen hos den kommunala utföraren i den stora kommunen var 21 procent. Hos den privata utföraren 1 och hos den privata utföraren 2 var den 19 procent.

Båda kommunerna upplevde att samverkan med primärvården var problematisk, men båda var på väg att anställa egna sjuksköterskor i kommunerna med uppdrag inom hemtjänsten. Inom den lilla kommunen var man mest missnöjd med samverkan med primärvården. Det var 53 procent som svarade detta. Inom den stora kommunen svarade 32 procent samma sak hos den kommunala utföraren, 31 procent hos den privata utföraren 1 och 13 procent hos den privata utföraren 2.

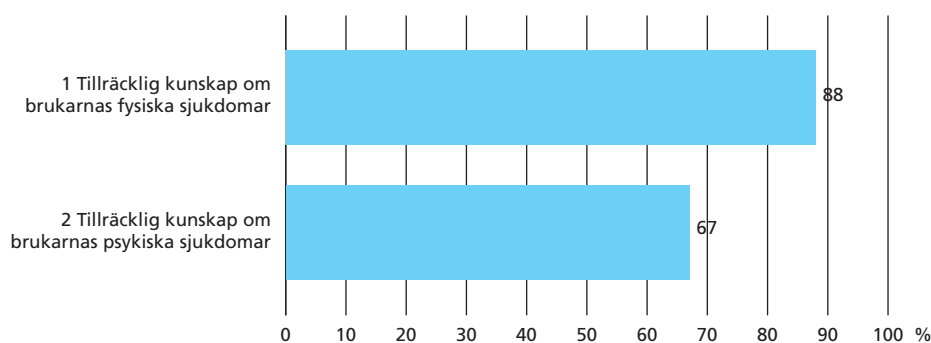
Det fanns samband mellan att rapporterna bristande samverkan med primärvården och för lite tid att ägna åt varje brukare, för lite tid att hinna utföra beviljade insatser, för lite tid för arbetsuppgifterna inom kringtiden samt för lite utrymme att varva ner i arbetet.

Vid en jämförelse mellan de sex geografiska och organisatoriska enheterna inom den kommunala utföraren i den stora kommunen var variationen liten mellan enheterna i samtliga frågor.

Personalens upplevda kunskapsbrister

Figur 14 visar hur hela svarsgruppen rapporterade angående tillräcklig kunskap.

En hög andel angav att de hade tillräckliga kunskaper avseende brukarnas fysiska sjukdomar (88 %). En lägre andel ansåg att de hade tillräckliga kunskaper om brukarnas psykiska sjukdomar (67 %).



Figur 14. Andel (%) av personalen som angav att de hade tillräckliga kunskaper när det gällde brukarnas fysiska respektive psykiska sjukdomar.

Tidspress i arbetet (höga kvantitativa krav) och samband med andra faktorer

Först redovisas den procentuella svarsfördelningen i hela svarsgruppen och även eventuella statistiskt säkerställda samband med andra faktorer när sådana finns.

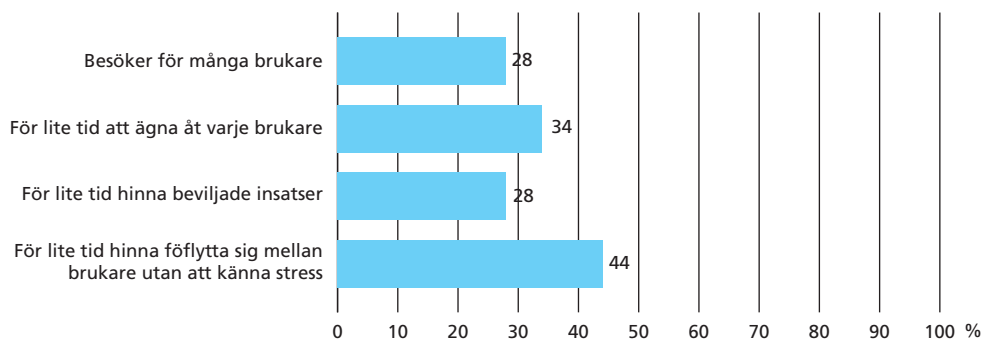
Vi delade in frågorna om de kvantitativa kraven, dvs tidspressen, i två områden, dels de frågor som var direkt kopplade till brukarna och dels de frågor som var generella. De fyra första frågorna ingick i ett index där man skulle ha svarat höga kvantitativa krav på två av de fyra frågorna för att klassas som exponerad för höga kvantitativa krav. Detta index visade att 44 procent var exponerade för höga kvantitativa krav som var direkt kopplade till brukarna, se figur 15.

De tre frågorna som redovisas i figur 16 ingick i ett annat index och som speglar höga krav generellt. Där skulle man ha svarat höga kvantitativa krav på två av de tre ställda frågorna för att klassas som exponerad för höga kvantitativa krav. Fyrtiotvå procent uppfyllde enligt index att de var utsatta för höga generella kvantitativa krav.

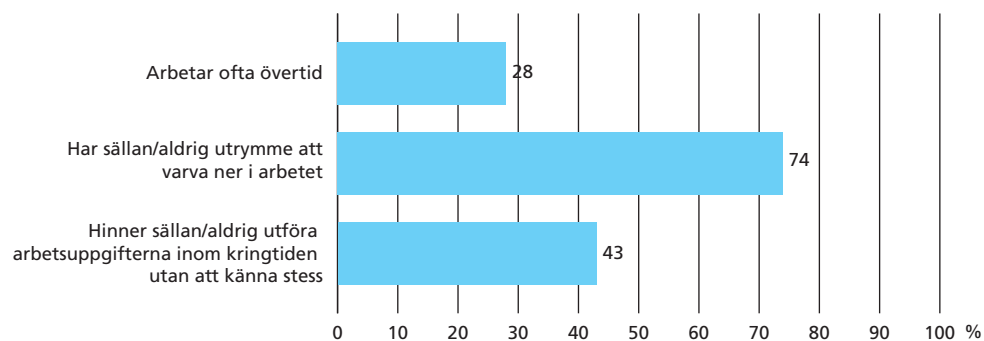
Ett index gjordes även för de samtliga sju frågorna om kvantitativa krav. De som svarat enligt figur 15 och 16 på fyra av de sju frågorna, definierades som en person med höga kvantitativa i arbetet. Det var 31 procent som uppfyllde detta kriterium.

Det fanns en skillnad mellan utförarna i den stora kommunen hur man rapporterade angående att sällan eller aldrig hinna utföra arbetsuppgifterna inom kringtiden utan att känna stress. Hos den kommunala utföraren och den privata utföraren 2 angav nästan hälften av de svarande att de sällan eller aldrig hann utföra arbetsuppgifterna inom kringtiden utan att känna stress (46 % respektive 47 %), medan knappt en tredjedel svarade samma sak hos den privata utföraren 1 (27 %) fast de hade den minsta andelen kringtid (16 %) och hela kommunen som upptagningsområde.

Samtliga frågor kring tidspress, utom att ha för lite tid att ägna åt varje brukare, hade samband med att rapportera att man dagligen eller några gånger i veckan haft sömnbesvär på grund av tankar på arbetet jämfört med de som inte rapporterade tidspress.



Figur 15. Andel (%) av personalen som angav att de upplevde tidspress i arbetet (höga kvantitativa krav) som var direkt kopplade till brukarna.



Figur 16. Andel (%) av personalen som angav att de upplevde tidspress i arbetet (höga generella kvantitativa krav) som inte var direkt kopplade till brukarna.

Samtliga frågor kring tidspress hade samband med att rapportera att man dagligen eller några gånger i veckan haft sömnbesvär på grund av tankar på arbetet, utom att ha för lite tid att ägna åt varje brukare jämfört med de som inte rapporterade tidspress.

Personalens upplevda svårighetsgrad i arbetet (höga kvalitativa krav)

Att rapportera höga kvalitativa krav i arbetet, figur 17, kan antingen orsakas av en upplevelse av att kraven inte är rimliga eller att man själv känner sig otillräcklig.

Avseende höga kvalitativa krav i arbetet gjorde vi bedömningen att det ingår i hemtjänstens villkor, eftersom det är ett ensamarbete och att allt som sker i brukarnas hem inte är förutsägbart. Man måste ofta ta egna snabba och svåra beslut och ofta hantera oväntade händelser. Sedan kan omfattningen av detta variera för enskilda individer i personalen. Man kan anta att personalen hos utförare som har en hög andel förhållandevis friska brukare (som t ex de som enbart behöver servicetjänster) inte behöver hantera oväntade händelser i samma utsträckning som personalen

hos en utförare som besöker många brukare som inte klarar sig själva i någon större utsträckning.

Hos den kommunala utföraren i den lilla kommunen rapporterade 62 procent att man ofta behövde hantera oväntade händelser, medan 30 procent av personalen svarade samma sak hos den privata utföraren i den stora kommunen.

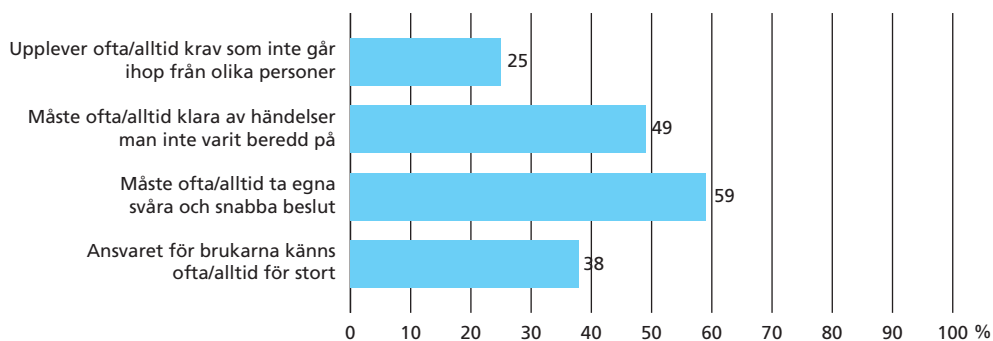
Personalens rapporterade arbetsrelaterade ohälsa respektive nedsatt välbefinnande

Med arbetsrelaterad ohälsa menas att man rapporterade att arbetet försämrat hälsan i större eller mindre utsträckning.

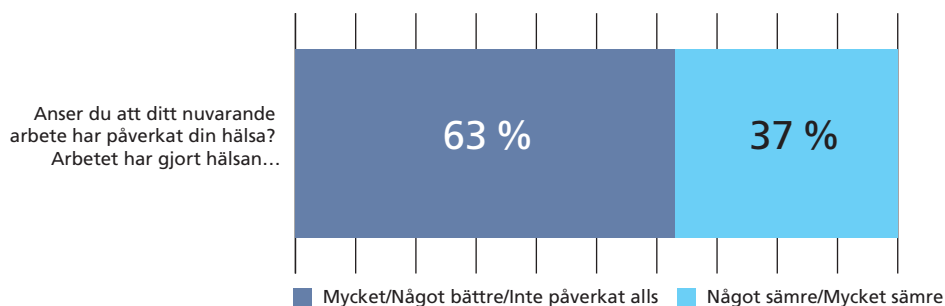
Med nedsatt välbefinnande menas att man haft sömnbesvär respektive besvär/smärta i rörelseorganen dagligen eller flera gånger per vecka den senaste månaden.

Figur 18 visar den procentuella svarsfördelningen på frågan om hur arbetet påverkat hälsan.

Drygt var tredje (37 %) i hela svarsgruppen rapporterade att arbetet försämrat hälsan. Personalen hos utföraren i den lilla kommunen hade den



Figur 17. Andel (%) av personalens som angav att de upplevde höga kvalitativa krav i arbetet.



Figur 18. Andel (%) i hela svarsgruppen som rapporterade hur man bedömde att arbetet påverkat hälsan.

högsta andelen som rapporterade att arbetet försämrat hälsan (51 %). Där var genomsnittstiden för att ha arbetat inom hemtjänsten 11 år. Det var här, som tidigare nämnts, som den högsta andelen av personalen rapporterade hög brukartyngd. Personalen hos den privata utföraren 2 hade den lägsta andelen som rapporterade att arbetet försämrat hälsan (17 %). Där var genomsnittstiden för att ha arbetat inom hemtjänsten 5 år. Hos denna utförare var det en låg andel som besökte brukare med både service- och omvårdningstjänster (24%) jämfört med den kommunala utföraren 2 där motsvarande andel var 93 procent.

Figur 19 visar den procentuella svarsfördelningen avseende nedsatt välbefinnande gällande ansträngning i arbetet.

Drygt var tredje anställd rapporterade hög fysisk (36 %) respektive hög psykisk ansträngning (31 %) i arbetet i hela svarsgruppen.

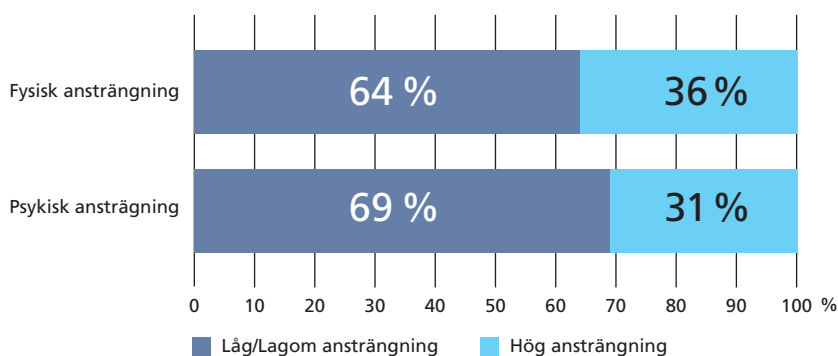
Bland personalen hos den privata utföraren 2 var den fysiska ansträngningen inte hög (6 %). Hos de tre andra utförarna var rapporteringen av hög

fysisk ansträngning tämligen lika (40 % till 45 %). När det gällde hög psykisk ansträngning så var även den låg hos den privata utföraren 2 (13 %) medan den var tämligen lika hos de andra tre utförarna (33 % till 38 %).

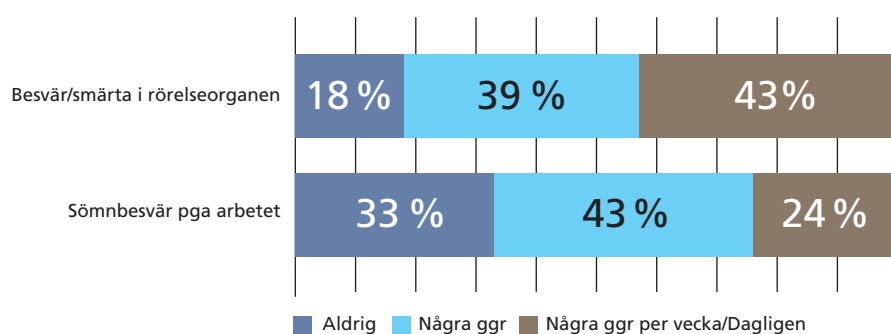
I figur 20 redovisas andelar inom personalen som upplevt olika grad av besvär eller smärta i rörelseorganen eller sömnbesvär på grund av negativa tankar om arbetet den senaste månaden:

Drygt åtta av tio (82 %) rapporterade att de haft smärta eller besvär i rörelseorganen den senaste månaden, varav nästan hälften (43 %) i hela svarsgruppen angav att så var fallet dagligen eller några gånger i veckan. Bland personalen hos de två kommunala utförarna rapporterade man den högsta andelen med smärta eller besvär dagligen eller några gånger i veckan (88 %). Den lägsta andelen som angav detta fanns hos den privata utföraren 2 (63 %).

En lägre andel rapporterade att de haft sömnbesvär på grund av arbetet (67 %). Av dessa angav 24 procent att så var fallet dagligen eller några gånger i veckan.



Figur 19. Andel (%) som rapporterade låg/lagom (0-8) eller hög (9-14) fysisk respektive psykisk ansträngning i arbetet på en fjortongradig skala.



Figur 20. Andel (%) i hela svarsgruppen som hade besvär/smärta i rörelseorganen eller sömnbesvär på grund av tankar på arbetet den senaste månaden.

Frågor om arbetsplatsen

Andra frågor vi ställde till personalen var inriktade på hur man upplevde arbetssituationen på arbetsplatsen. Om en hög andel upplever bristande stöd från chef eller arbetskamrater kan det påverka hälsan enligt forskningen. Detsamma gäller för i vilken grad man kan påverka sin arbetssituation. Hos de medverkande utförarna var det en förhållandevis låg andel av personalen som rapporterade:

- lågt stöd från närmaste chef (12 %)
- att närmaste chef sällan eller aldrig hade tid för frågor och problem (20 %)
- lågt stöd från de flesta av arbetskamraterna (5 %)
- att den dagliga tidsplaneringen inte fungerade bra (17 %)
- att de inte trivdes på arbetsplatsen (13 %)
- en stämning på arbetsplatsen som inte lockade fram bra prestationer (17 %)

Vår bedömning är att ovanstående faktorer inte hade något stort inflytande på hur personalens svarade på de tidigare redovisade frågorna eftersom det var så pass låga svarsandelar som rapporterade negativa upplevelser på ovanstående frågor.

Däremot fanns ett samband mellan att ange att man besökte mer än 10 brukare med både service

och omvårdnad respektive att flertalet eller alla brukare hade demens och att man inte kunde påverka den dagliga tidsplaneringen.

Variation av typ av brukare hos utförarna

Vi undersökte hur hög andel av personalen hos respektive utförare som besökte många brukare av en viss kategori, denna gång med *mer än 15 brukare* med både service och omvårdnad, ett flertal eller alla med demenssymptom, annan psykisk ohälsa och fysiska besvär eller sjukdom.

Enligt tabell 1 var det stor skillnad på hur stor andel av personalen hos respektive utförare som angav att de besökte många brukare av en viss kategori.

Ett annat exempel på variation handlar om utförd tid, vilket visas i tabell 2. Andelen registrerad utförd tid varierade mellan 54 procent och 84 procent hos tre av de fyra utförarna⁶. Vid första påseendet verkar det som den kommunala utföraren 2 inte utnyttjade resurserna lika effektivt som de två andra utförarna. Med antalet brukare per årsarbetare var betydligt högre hos denna utförare. Det gick nio brukare på en årsarbetare vilket var mer än dubbelt så många än hos de tre andra utförarna. Förklaringen bör vara att den kommunala utföraren 2 inte hade någon ersätt-

Andel av personalen (%) som besöker...	Stora kommunen			Lilla kommunen
	Kommunal utförare 1	Privat utförare 1	Privat utförare 2	Kommunal utförare 2
Mer än 15 brukare per vecka med både service- och omvårdnadstjänster	26	17	13	74
Många brukare med demenssymptom	31	35	42	78
Många brukare med annan psykisk ohälsa än demens	26	6	47	10
Många brukare med fysiska besvär eller sjukdomar	79	72	34	89

Tabell 1. Andel (%) av personalen hos respektive utförare som angav att de besökte många brukare inom en viss kategori. Rödmarkering anger den högsta andelen och grön markering anger den lägsta andelen.

⁶ Den privata utföraren 2 kunde inte lämna en denna uppgift då de nyligen tagit över verksamheten och inte fått med sig den tidigare ägarens datauppgifter.

ning direkt kopplad till varje brukare utan att de hade samma bemanning oavsett antal brukare att ta hand om. Om antalet brukare ökar utan att mer resurser från kommunens sida följer med, innebär det att samma antal anställda ska hjälpa ett ökande antal brukare. Förutom att arbetsbelastningen riskerar att bli för hög (personalen hos denna utförare svarade i högst utsträckning att arbetet försämrat deras hälsa) innebär det att förflyttningstiden blir högre om obalansen mellan bemanningen och antalet brukare att hjälpa blir för stor.

Den privata utföraren 2 hade endast två brukare per årsarbetare. Detta bottnar i att de hjälpte många brukare yngre än 65 år som går under LSS-lagen⁷ istället för Socialtjänstlagen. Därigenom kunde en stor del av personalen vara hemma hos brukarna i betydligt längre sammanhängande perioder (se tabell 2).

Som syns i tabell 2 kan andel tid hemma hos brukaren (utförd tid) variera avsevärt mellan utförare. Den s k kringtiden (övrig tid) innefattar dels förflyttningstiden och dels övriga kringtiden som ska användas till möten, administrativa arbetsuppgifter mm. Hur hög andel av arbetstiden som är förflyttningstid beror dels på kompetensen hos den som tidsplanerar, kännedom om geografin och dels på i vilken utsträckning hänsyn tas till personalkontinuiteten (att samma anställd besöker samma brukare så ofta som möjligt). Om stor hänsyn tas till personalkontinuiteten ökar förflyttningstiden och den intäktsgenererande brukartiden minskar om kommunen har en beställar-/utförarmodell. Detta kan läsas som att produktiviteten minskar men omsorgskvaliteten ökar, vilket i sin tur innebär att ersättningsystemet motverkar omsorgskvaliteten för brukare med flera besök per dag.

Variation i brukartyngd och arbetsbelastning

På samma sätt som det fanns en variation mellan utförarna när det gällde andel besök hos olika brukarkategorier, så fanns det även en variation i rapporteringen av tidspress, svårighetsgrad och ansträngning i arbetet mellan de fyra utförarna. Det var jämförelsevis inte någon hög andel bland personalen hos den privata utföraren 1 som rapporterade besök hos många brukare inom de olika brukarkategorierna. Däremot hade man den högsta andelen som rapporterade otillräcklig förflyttningstid (56 % jämfört med 43 %, 41 % och 33 % hos de andra utförarna). Det var ingen stor variation mellan utförarna när det gällde de övriga frågorna om tidspress.

När det gällde svårighetsgrad i arbetet hade den kommunala utföraren i den lilla kommunen (kommunal utförare 2) den högsta andelen som rapporterade att de ofta behövde hantera oväntade händelser (62 % jämfört med 51 %, 30 % och 44 % hos övriga utförare). De hade även den högsta brukartyngden. Det var ingen stor variation när det gällde de övriga frågorna om svårighetsgrad i arbetet mellan utförarna.

Vi undersökte även svarsresultaten hos de olika geografiska och organisatoriska enheterna inom den kommunala utföraren i den stora kommunen. Variationen mellan enheterna var stor när det gällde andel besök hos olika brukarkategorier. I tabell 3 redovisas personalens rapportering, inom två enheter hos den kommunala utföraren, av hur många brukare av en viss kategori man besökte.

	Kommunal utförare 1	Privat utförare 1	Privat utförare 2	Kommunal utförare 2
Registrerad utförd tid	72 %	84 %	–	54 %
Antal brukare per årsarbetare	4	3	2	9

Tabell 2. Andel registrerad utförd tid hos tre av utförarna samt antal brukare per årsarbetare hos de fyra utförarna.

⁷ Lagen om särskilt stöd innebär att man har rätt till personlig assistans flera sammanhängande timmar per dag.

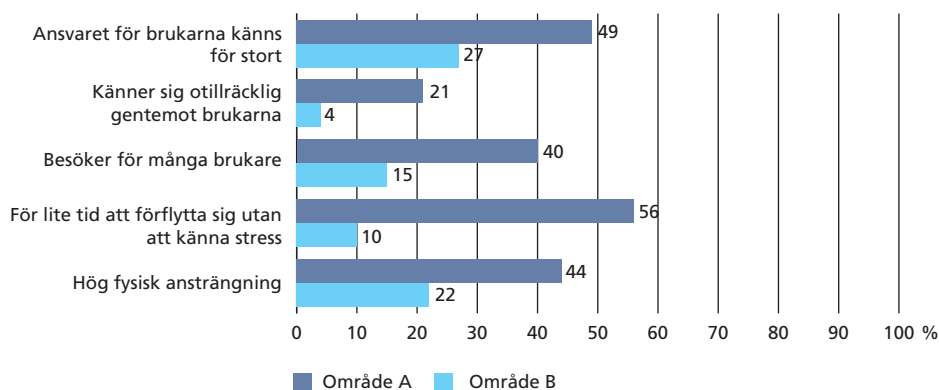
Det fanns en variation mellan de två enheterna när det gällde att besöka många brukare med både service och omvårdnad och annan psykisk ohälsa än demens. Det fanns även en variation mellan de två enheterna avseende rapporteringen av svårighetsgrad i arbetet, tidspress och fysisk ansträngning.

Figur 21 redovisar exempel på den variation som kan finnas inom en hemtjänstutförare. Den registrerade utförda tiden, d v s den tid som är intäktsgenererande, var ungefär lika stor: område A hade 71 procent och område B hade 73 procent. Vi menar att område A borde ha tillgång till mer resurser än område B utifrån de behov som brukarna hade, vilket inte var fallet vid undersökningstillfället.

Ett annat exempel på variation fanns inom område C som var den enda enheten som hade handledning om psykisk ohälsa för personalen. Inom område C angav 17 procent otillräcklig kunskap avseende brukarnas psykiska sjukdomar (41 svarande). Inom område A, där 40 procent besökte många brukare med annan psykisk ohälsa än demens och som inte hade handledning, angav 30 procent otillräcklig kunskap avseende brukarnas psykiska sjukdomar (56 svarande).

Andel av personalen som besöker...	Kommunal utförare 1 Enhet A (56 svarande)	Kommunal utförare 1 Enhet B (49 svarande)
Mer än 10 brukare med både service och omvårdnad en normal arbetsvecka	59 %	35 %
Flertalet/alla brukare har demenssymptom	54 %	48 %
Flertalet/alla brukare har annan psykisk ohälsa	40 %	11 %
Flertalet/alla brukare har fysiska besvär/sjukdom	82 %	86 %

Tabell 3. Andel (%) av personalen som angav att de besökte många brukare av en viss brukarkategori hos två enheter inom den kommunala utföraren i den stora kommunen.



Figur 21. Andel (%) som rapporterade för stort ansvar, besöker för många brukare, otillräcklig förflyttningstid och hög fysisk ansträngning i arbetet hos två av de sex områdena som ingick i den kommunala utföraren i den stora kommunen.

Sambandsanalyser utifrån besök hos olika brukarkategorier

De sambandsanalyser som var möjliga att göra avseende omsorgskvaliteten var på frågan om kvaliteten på levererade tjänster till *brukare med psykiska besvär eller sjukdomar*. Nästan var fjärde anställd angav att omsorgskvaliteten var otillräcklig inom detta område.

Det fanns ett samband mellan att rapportera att arbetsplatsen hade otillräcklig kvalitet på levererade tjänster till brukare med psykiska besvär eller sjukdomar (inklusive demens) i hela svarsgruppen och att man:

- hade otillräckliga kunskaper om brukarnas psykiska sjukdomar
- ansåg att samverkan med primärvården inte fungerade bra
- oftare upplevde motstridiga krav
- ansåg att chefen sällan hade tid för frågor och problem
- ansåg att arbetet försämrat hälsan

Dessa samband visar att den del av personalen som rapporterade otillräcklig kvalitet på levererade tjänster till brukare med psykiska besvär eller sjukdomar inte upplevde att arbetsplatsen gjorde ett bra jobb i förhållande till dessa brukare.

Vi undersökte även om det skiljde sig åt hur man svarade på frågorna beroende på om man besökte *tio brukare eller fler eller färre än tio brukare med både service och personlig omvårdnad* en normal arbetsvecka.

Att besöka fler än tio brukare med både service och omvårdnad en normal arbetsvecka hade samband med svaren på de fyra frågor som handlade om *tidspress* (kvantitativa krav) och som var direkt kopplade till brukarna, d v s att man:

- ansåg att man besökte för många brukare
- hade för lite tid att ägna åt varje brukare
- inte hade tillräcklig tid för att hinna utföra beviljade insatser
- inte hade tillräcklig tid för att hinna förflytta sig mellan brukarna utan att känna stress

De frågor om tidspress och som var av generell karaktär (ofta arbeta övertid, inte hinna arbetsuppgifterna inom kringtiden och inte ha utrymme att varva ner i arbetet) hade inga samband med att besöka många sådana brukare. Det fanns heller inte några samband med svårighetsgraden i arbetet (kvalitativa krav). Däremot fanns ett samband med att rapportera hög fysisk ansträngning i arbetet och att besöka fler än tio brukare med både service och omvårdnad. Det fanns inga samband mellan de frågor som berörde förhållandena på arbetsplatsen och att besöka tio brukare eller fler med både service och omvårdnad en normal arbetsvecka förutom liten möjlighet att kunna påverka den dagliga tidsplaneringen. Detta samband kan möjligen uttrycka att den planering som görs är den mest effektiva ur geografisk tidssynpunkt. Den som tidsplanerar kanske då inte är benägen att ändra på planeringen eftersom det troligen innebär en högre andel förflyttningstid. För vissa bland personalen kan det leda till att de måste besöka många brukare med behov av personlig omvårdnad. Det fanns även ett samband med att uppleva en hög grad av fysisk ansträngning i arbetet i jämförelse med de som gick till färre brukare med både service och omvårdnad.

Det var endast 3 procent i hela svarsgruppen som inte besökte någon brukare med demens. Om flertalet eller alla brukare man besökte hade *demenssymptom* fanns följande samband, d v s att man i ökad utsträckning rapporterade att man:

- ansåg att samverkan med primärvården inte fungerade bra
- besökte för många brukare
- inte hann utföra insatserna under beviljad tid
- inte hade utrymme att varva ner i arbetet
- ofta upplevde motstridiga krav
- hade hög psykisk ansträngning

Jämförelsegrupperna var personal som besökte ett fåtal eller inga brukare med demenssymptom.

Den andel av personalen som i högre utsträckning angav att flertalet eller alla brukare de besökte hade demenssymptom rapporterade även att tidsplaneringen inte fungerade bra och att de heller inte kunde påverka tidsplaneringen.

Om de flesta eller alla brukare man besökte hade *annan psykisk ohälsa än demens* fanns det samband med att även rapportera att man:

- besökte för många brukare
- inte hann förflytta sig mellan brukare utan att känna stress
- ofta arbetade övertid
- inte hade utrymme att varva ner i arbetet
- ofta behövde hantera oväntade händelser
- hade hög psykisk ansträngning

Det var ingen bland personalen som inte besökte någon med fysiska besvär eller sjukdom. Om flertalet eller alla brukare man besökte hade fysiska besvär eller sjukdom fanns följande samband, d v s man rapporterade även att man:

- besökte för många brukare
- inte hann utföra arbetsuppgifterna inom kringtiden
- att man upplevde motstridiga krav
- hade besvär eller smärta i rörelseorganen
- att man ansåg att arbetet försämrat hälsan

Det fanns inga samband mellan att besöka många brukare inom någon av ovanstående brukarkategori och en tveksamhet eller ovilja att arbeta kvar.

Sambandsanalyser mellan hög ansträngning i arbetet och andra faktorer

Det fanns samband mellan att uppleva hög fysisk ansträngning i arbetet (9–14 på en fjortongradig skala) och att man:

- besökte för många brukare
- inte hade tillräcklig tid att utföra insatserna
- inte hann förflytta sig mellan brukare utan att känna stress
- hade för lite tid att ägna åt varje brukare
- inte hann utföra arbetsuppgifterna inom kringtiden
- inte hade utrymme att varva ner i arbetet
- ofta arbetade övertid
- upplevde motstridiga krav
- ofta behövde hantera oväntade händelser
- ofta behövde ta egna snabba och svåra beslut
- upplevde ansvaret för brukarna för stort
- ansåg att arbetet försämrat hälsan
- hade sömnbesvär på grund av tankar på arbetet
- hade besvär eller smärta i rörelseorganen

Det fanns även ett samband mellan att uppleva hög psykisk ansträngning och alla ovanstående faktorer förutom att det inte fanns samband med att inte hinna utföra arbetsuppgifterna inom kringtiden.

Sambandsanalyser mellan att inte vilja arbeta kvar och andra faktorer

Det fanns samband mellan att känna en tveksamhet eller ovilja till att arbeta kvar och att rapportera:

- att man besökte för många brukare
- att man inte hade tillräcklig tid att utföra insatserna
- hög fysisk eller psykisk ansträngning i arbetet
- att man inte hann utföra arbetsuppgifterna inom kringtiden
- att man inte hade utrymme att varva ner i arbetet
- att man upplevde motstridiga krav
- att arbetet försämrat hälsan
- sömnbesvär på grund av tankar på arbetet
- besvär eller smärta i rörelseorganen

Det finns många möjligheter till förbättrade arbetsförhållanden för hemtjänstpersonalen. Att minska på tidspressen och den fysiska ansträngningen samt öka det organisatoriska stödet för att minska svårighetsgraden i arbetet och den psykiska ansträngningen är några exempel. Det är ju personalen som ska leverera den goda omsorgskvaliteten till brukarna och därför bör deras arbetssituation ingå som en del av kvalitetssäkringen, d v s att det finns en balans mellan krav, resurser och kompetens. Detta kan motverka hög sjukfrånvaro, hög personalomsättning och höga rekryteringskostnader.

Sammanfattning av enkätundersökningen

På nästa sida sammanställs resultaten från hela svarsgruppen tillsammans med kompletterande information utifrån de statistiska bearbetningarna. Fokus ligger på resultat som indikerar ett behov av förebyggande arbetssätt på strukturell nivå hos kommunerna. Genom att följa upp de förutsättningar personalen har att arbeta utifrån, kan kommuner få redskap för att bättre säkra en god omsorgskvalitet för alla brukare oavsett behov och öka transparensen avseende arbetet hos sina utförare.

Resultat från enkätundersökningen

Kvalitets- och kunskapsbrister:

- ▶ 24 procent rapporterade dålig kvalitet på levererade tjänster till brukare med demens eller annan psykisk ohälsa
- ▶ Tre gånger så vanligt bland dem som rapporterade dålig omsorgskvalitet till brukare med demens eller annan psykisk ohälsa, att även rapportera bristande kunskaper inom dessa områden

Kunskapsbrister indikerar lågt organisatoriskt stöd

Tidspress i arbetet:

- ▶ 44 procent rapporterade tidspress (höga kvantitativa krav) som var kopplade till brukarna och 42 procent rapporterade höga kvantitativa krav generellt (index)
- ▶ Besökte man många brukare av en viss brukarkategori rapporterade man tidspress i högre utsträckning än om man inte gjorde det
- ▶ Personal som upplevde att de sällan eller aldrig hann varva ner i arbetet rapporterade tre gånger så ofta arbetsrelaterad ohälsa
- ▶ Personal som i övrigt rapporterade tidspress angav dubbelt så ofta arbetsrelaterad ohälsa

Tidspress indikerar för låg bemanning

Hög svårighetsgrad i arbetet:

- ▶ 57 procent rapporterade hög svårighetsgrad i arbetet (höga kvalitativa krav)
- ▶ Besökte man många brukare med demens eller annan psykisk ohälsa rapporterade man högre svårighetsgrad i arbetet än om man inte gjorde det

Hög svårighetsgrad i arbetet indikerar bristande organisatoriskt stöd

Hög ansträngning i arbetet:

- ▶ 36 procent rapporterade hög fysisk ansträngning i arbetet och 31 procent rapporterade hög psykisk ansträngning i arbetet
- ▶ Att besöka fler än 10 brukare med både service och omvårdnad en normal arbetsvecka hade samband med att även rapportera hög fysisk ansträngning i arbetet
- ▶ Att besöka många brukare med demenssymptom eller annan psykisk ohälsa hade samband med att även rapportera hög psykisk ansträngning i arbetet
- ▶ Hög fysisk och psykisk ansträngning hade samband med hög tidspress och hög svårighetsgrad i arbetet i alla frågor om detta

Hög fysisk och/eller psykisk ansträngning i arbetet indikerar hög omsorgstyngd, tidspress och hög svårighetsgrad i arbetet

Tveksamhet eller ovilja att arbeta kvar:

- ▶ Det fanns inga samband mellan att gå till många brukare av någon kategori och tveksamhet till eller ovilja att arbeta kvar
- ▶ Tidspress, motstridiga krav och hög ansträngning i arbetet samt nedsatt välbefinnande och hälsa hade samband med tveksamhet eller ovilja att arbeta kvar

Tveksamhet eller ovilja att arbeta kvar indikerar risk för hög personalomsättning (och sjukfrånvaro), vilket ger sämre förutsättningar för god personalkontinuitet och god omsorgskvalitet

Kommunerna behöver som en del i sitt övergripande kvalitetsansvar följa upp att de som arbetar inom hemtjänsten:

- har förutsättningarna för att kunna utföra ett bra arbete, d v s balans mellan krav, kompetens och resurser
- får tillräckligt stöd från sin arbetsgivare för ett gott omhändertagande av alla typer av brukare
- rapporterar låg eller lagom fysisk och psykisk ansträngning i arbetet
- oavsett omsorgstyngd rapporterar att man kan arbeta i lugn takt
- vill arbeta kvar inom hemtjänsten

Därför bör kommunerna centralt följa upp att framför allt utförare med hög omsorgstyngd:

- har tillräcklig bemanning
- ger tillräckligt organisatoriskt stöd till sin personal
- värnar om personalkontinuiteten

Resultat från administrativa och ekonomiska data

Resultaten från administrativa och ekonomiska data analyserades och användes på olika sätt. Dels som en komplettering för att bättre förstå resultaten från intervjuerna eller enkätundersökningen och dels för att undersöka likheter respektive skillnader i dessa data både mellan kommuner och mellan utförare. De användes framför allt för att belysa vilka förutsättningar som gavs och om de dessa data kunde ge en förklaring till andra faktorer och vad som var lika och vad som skiljde sig åt mellan utförarna.

Den direkta brukartiden⁸ skiljde sig åt mellan utförarna⁹:

- Den kommunala utföraren 1 → 72 procent
- Den privata utföraren 1 → 84 procent
- Den kommunala utföraren 2 → 54 procent

Antal brukare per årsarbetare skiljde sig också åt mellan utförarna:

- Den kommunala utföraren 1 → 4 brukare per årsarbetare
- Den privata utföraren 1 → 3 brukare per årsarbetare
- Den privata utföraren 2 → 2 brukare per årsarbetare
- Den kommunala utföraren 2 → 9 brukare per årsarbetare

De kommunala utförarna gick med ekonomiskt underskott och de privata utförarna gick med överskott.

⁸ Den del av personalens arbetstid som genererade intäkter.

⁹ Den privata utföraren 2 kunde inte lämna sådana uppgifter då de nyss tagit över en konkursdrabbad verksamhet.

Diskussion

Precis som i det tidigare hemtjänstprojektet (Målqvist, 2010), där vi undersökte de kommunala villkoren för utförarna av hemtjänst i en kommun, hade storleken på kommunens ersättning stor betydelse för vilket handlingsutrymme enhetscheferna ansåg sig ha. Samtliga intervjuade enhetschefer ansåg att ersättningen från kommunen var för låg och att intäkterna inte gav tillräckligt utrymme för nödvändiga kostnader. Enhetscheferna ansåg att det inte fanns tillräckligt ekonomiskt utrymme för att både kunna leverera god omsorgskvalitet och att ha en rimlig arbetsbelastning för personalen. Omhändertagandet av brukarna gick alltid först.

Resultaten från enkätundersökningen visar att en stor majoritet av personalen ansåg att arbetsplatsen levererade god omsorgskvalitet till brukarna (en lägre andel rapporterade dock detta avseende brukare med demens eller annan psykisk ohälsa). En hög andel av personalen angav att arbetet försämrat deras välbefinnande och hälsa.

En låg ersättning innebär krav på låga kostnader, vilket de intervjuade enhetscheferna i HEK-LA-projektet hade olika strategier för att klara. Vi kunde dock inte hitta några stora skillnader mellan enhetschefernas tankesätt eller handlingsstrategier. Alla enhetschefer uppvisade även en stor kostnadsmedvetenhet.

Biståndsbedömningen var på många sätt olika i kommunerna beroende på om man arbetade mot en eller flera utförare av hemtjänst. Både biståndshandläggarna själva och enhetscheferna i båda kommunerna ansåg att biståndsbedömningen var generös, d v s generös i form av tid. Trots detta var det nästan var tredje bland personalen som angav otillräcklig tid för att hinna utföra beviljade tjänster.

Det verkade vara en fördel med ett nära samarbete mellan biståndshandläggare och utförare. Detta under förutsättningen att båda parter kan klara av att hålla gränserna mellan vem som har ansvar för biståndsbedömningen respektive

hemtjänstutförandet, så man inte lägger sig i varandras ansvarsområden. Utifrån de beskrivningar som gavs av biståndshandläggarna i de två kommunerna verkade ett nära samarbete mellan biståndshandläggare och utförare ge en bättre säkerhet i att ligga rätt i fråga om brukarnas behov i biståndsbedömningarna.

Sammantaget visar personalens enkätresultat att kvaliteten på de levererade tjänsterna till brukarna huvudsakligen bedömdes som god, förutom när det gällde omsorgen om de dementa eller brukarna med annan psykisk ohälsa. Att den gruppen är extra utsatt stämmer väl med en rapport som utgivits av Socialstyrelsen (2013.).

Det som är särskilt oroande, i skenet av bl a kommande arbetskraftsbrist och höga sjukskrivningstal inom hemtjänsten, är att många bland personalen samtidigt rapporterade höga krav och hög ansträngning i arbetet, arbetsrelaterad ohälsa samt nedsatt välbefinnande. Det är ingen långsiktigt hållbar situation för hemtjänsten.

Självklart kan uppföljningar bland hemtjänstpersonal se olika ut i olika kommuner, t ex i storstäderna kan personalomsättningen var hög medan den kan vara låg i glesbygdskommuner, något som då kan påverka personalkontinuiteten i olika utsträckning. I vissa kommuner kan omsorgstyngden vara högre än i andra, men den kan också variera mellan utförare i samma kommun, vilket detta projekt har visat. Omsorgstyngden kan även variera inom samma utförare, vilket kan innebära att delar av personalen har en mycket högre arbetsbelastning än andra. Personalen hos den utförare som hade den högsta andelen brukare med både service och omvårdnad samt demens rapporterade även i störst utsträckning att arbetet försämrat deras hälsa.

Ett annat viktigt resultat var att det var i den utförare som inte hade någon ersättning direkt kopplad till brukarna som den högsta andelen av personalen både rapporterade högst brukartyngd och högst arbetsrelaterad ohälsa. En slutsats blir

att vid anslagsfinansiering måste den befintliga bemanningen klara av de nya brukare som tillkommer och de nya biståndsbesluten för befintliga brukare utan att nya resurser tillkommer för detta.

En utgångspunkt är att välmående personal som inte känner stress ger bättre förutsättningar att skapa kvalitet i mötet med brukarna på längre sikt. Men när det gäller de brukare som har stora eller särskilda omsorgsbehov, behövs det utöver välmående personal även särskilda resurser för olika typer av kompetensutveckling och ersättning för både förflyttningstid och övrig kringtid. Detta för att det ska finnas resurser för personalens kompetensutveckling så den är i fas med brukarnas behov, men också för att minska kraven på de ur personalen som möter mer krävande brukare. Detta kan ske genom ett ökat organisatoriskt stöd. Att arbeta inom hemtjänsten är ett ensamarbete vilket innebär att personalen oftast är utlämnade till sig själva ute hos brukarna.

För att ge vägledning till kommunerna hur de kan arbeta utifrån ett förebyggandeperspektiv så är det *formen* för uppföljningen som är huvudresultaten i projektet (se del 2 av rapporten). Varje kommun har möjlighet att hitta sina egna starka respektive svagare områden genom de egna insamlade data för att sedan sätta in dessa i uppföljningsmodellen som projektet tagit fram. Del 2 av denna rapport presenterar redskap för detta och för hur kommunerna kan uppmuntra utförarna att åtgärda de svagare områdena som uppföljningen synliggjort.

Eftersom de ekonomiska incitamenten ofta går stick i stäv mot brukares behov av personalkontinuitet inom nuvarande ersättningsmodeller, kan viss ersättning för förflyttningstid främja utförarnas intresse att göra en mer brukarvänlig tidsplanering. Med det menas att den ur personalen som ofta besöker en viss brukare kan göra detta i så hög utsträckning som möjligt, även om det inte är den personen som befinner sig geografiskt närmast brukaren vid just den bestämda tidpunkten.

Brukare med hög omsorgstyngd innebär ofta fler arbetsuppgifter inom den så kallade övriga kringtiden än brukare med lägre omsorgstyngd. Det kan handla om fler oväntade händelser som personalen måste hantera, fler åtaganden inom kontaktmannaskapet, mer krav på dokumentation etc. Det behövs även ofta mer organisatoriskt stöd för att avlasta de ur personalen som besöker många brukare med hög omsorgstyngd. Därför bör kommunen dels ge viss ersättning som förväntas användas till utökad bemanning hos utförare med hög omsorgstyngd, men även följa upp att personalen rapporterar tillräcklig bemanning och tillräckligt organisatoriskt stöd.

Resultaten visade inga samband mellan vilka typer av brukare man besökte och tveksamhet eller ovilja att arbeta kvar. Däremot fanns ett samband mellan att inte vilja arbeta kvar och tidspress, arbetsrelaterad ohälsa, nedsatt välbefinnande och motstridiga krav. Detta stärker ytterligare uppfattningen att kommunerna behöver ha kännedom om omsorgstyngden och balansen mellan krav och resurser hos utförarna för att bättre säkra en långsiktigt hållbar hemtjänst.

Arbetslivsforskningen har visat att tunga lyft och besvärliga arbetsställningar ökar risken för besvär i rörelseorganen och att litet inflytande/låg egenkontroll, höga krav och lågt stöd i arbetet ökar risken för stressrelaterade besvär (SBU, 2013; SBU, 2014).

Enligt en kunskapssammanställning från Arbetsmiljöverket (2014) om vilka samband som fanns mellan arbetsförhållanden och beslutet att lämna sin tjänst, fann man att risken för att lämna arbetslivet i förtid är större om man har liten egenkontroll med höga krav i arbetet. Det samma gäller dåligt stöd framförallt av personer i chefsposition.

Resultaten i vår undersökning indikerar att personalen ofta satte omsorgen om brukarna före sitt eget välbefinnande och sin egen hälsa. God omsorgskvalitet och personalens välbefinnande och hälsa bör gå hand i hand för att hemtjänsten ska vara hållbar i framtiden.

Referenser

- AMM. Kön och ålderspension – en tvärsnittsstudie om skillnader mellan män och kvinnor i att kunna och vilja arbeta till 65 år eller längre. Rapport 2015:4. Lund: Arbets- och miljömedicin, 2015.
- Andersson, M. Välfärdssektorn, en arena för makt och motstånd – studier av sjukvård och hemtjänst. Avhandling. Västerås: Mälardalens högskola; Akademin för ekonomi, samhälle och teknik, 2014.
- Arbetsmiljöverket. Inspektioner av kvinno- och mansdominerad kommunal verksamhet, hemtjänst och teknisk förvaltning. Rapport 2014:3. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2014.
- Arbetsmiljöverket. Arbets-skador 2013, Arbetsmiljöstatistisk. Rapport 2014:1. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2014.
- Arbetsmiljöverket. Sambandet mellan arbetsmiljö och beslutet att lämna arbetskraften. Kunskapssammanställning. Rapport 2014:8. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2014.
- Aronsson, G., Astvik, W., Solfeldt, M. F., & Svensson, L. Kvalitet genom inflytande. Om förändring och utveckling i hemtjänsten. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 1995.
- Astvik, W., Bejerot, E., & Petterson, I.-L. Gränser i omsorgsarbete – En studie om arbetets innehåll, villkor och kvalitet. Arbete & Hälsa 2001:16. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 2001.
- Covaciu, C. Besvär av arbetsrelaterad fysisk belastning ökar igen. I Nyhetsbrev 1/2015. Uppsala: Arbets- och miljömedicin, 2015.
- Dellve, L., Lagerström, M., & Hagberg, M. Work-system risk factors for permanent work disability among home-care workers: a case-control study. International archives of occupational and environmental health, 2003, volym 76:3, s 216-24.
- Ekberg, K., Eklund, J., Ellström, P-E., Johansson S. Tid för utveckling – Om utvecklingsprocesser i magra organisationer. Lund: Studentlitteratur, 2006.
- Ijeh, C., Thiringer, G., & Dellve, L. Enkät bland förtidspensionerad vårdpersonal: Fyra av fem ser sin sjukdom som en arbetsskada. Läkartidningen, 2003, nr 13.

- Joling, CI., Blatter, BM., Ybema, JF. & Bongers, PM. Can favorable psychosocial work conditions and high work dedication protect against the occurrence of work-related musculoskeletal disorders? *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*; 2008; volym 34(5); s 345–355.
- Kammarkollegiet. Kravspecifikation för upphandling av hemtjänsten enligt LOV. Stockholm: Konkurrensverket 2015. www.konkurrensverket.se
- Karasek, R., & Theorell T. *Healthy Work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.
- Målvqvist I. Styrningens påverkan på ekonomi, arbetsförhållanden och kvalitet i hemtjänsten. Rapport 2010:10. Stockholm: Karolinska institutets folkhälsoakademi, 2010.
- Målvqvist, I. Att skapa förutsättningar för en hållbar hemtjänst. Stockholm: AFA Försäkring, 2014.
- Nilsson, K. Factors influencing the decision to extend working life or to retire. Avhandling. Lunds universitet, 2011.
- Petterson I-L, Donnersvärd H-Å, Hammarström S, Lagerström M & Toomingas A. Ökat inflytande genom empowerment- utvärdering av ett program för medarbetarutveckling inom Solna stads äldreomsorg. Rapport 2002:4. Stockholm: Arbets- och miljömedicin, 2002.
- SBU. Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014.
- SBU. Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2013.
- SCB. Länens arbetsmarknad – befolkning, näringsliv, yrken och framtida pensionsavgångar. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2010.
- SKL. Genomförandeplan - Överenskommelsen om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Kortfakta, 2013. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting, 2014.
- SKL. Jobbet och arbetsmiljön. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting, 2013.
- Socialstyrelsen. Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

Bilaga 1

Personalenkät för

Nr.....

BAKGRUND

1. Ditt födelseår 19.....
2. Kön Kvinna 1 Man 2
4. Vad arbetar du som?
- Undersköterska 1
Vårdbiträde 2
Annat, vad 3
5. Vilken typ av anställning har du? Tillsvidare 1 Tidsbegränsad 2
6. Arbetar Heltid 1 Deltid 2
7. Är du nöjd med arbetstiden? Ja 1 Nej 2
- b) Om nej, vilken arbetstid önskar du?.....
8. Hur länge har du arbetat inom hemtjänsten? Antal år.....
9. Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats? Antal år.....

VILKA KATEGORIER AV BRUKARE HJÄLPER DU?

10. Vilken typ av brukare går du till en vanlig vecka?	Inga	1-5	5-10	10-15	Fler
	1	2	3	4	5
a) Brukare med enbart servicetjänster (städ, handling, tvätt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Brukare med både servicetjänster och personlig omvårdnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Vilken typ av svårigheter har de brukare du hjälper?

Äldre (över 65 år) med	Inga	Några få	Ett flertal	Alla
	1	2	3	4
a) demenssymptom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) psykiska sjukdomar/psykisk ohälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) fysiska sjukdomar/besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) alkohol/missbruksproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yngre (under 65 år) med	Inga	Några få	Ett flertal	Alla
	1	2	3	4
e) fysiska sjukdomar/besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) psykiska sjukdomar/psykisk ohälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) mentala skador/handikapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) alkohol/missbruksproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12a) Finns det vanligen tillräckligt med tid för att du ska hinna ge den hjälp som beviljats brukaren/kunden?

	1	2	3	4			
Mycket bra	<input type="checkbox"/>	Ganska bra	<input type="checkbox"/>	Inte bra	<input type="checkbox"/>	Vet ej	<input type="checkbox"/>

b) Om hjälpmedlet *inte* fungerar bra, på vilket sätt?.....

13. Kryssa för saker du gör på arbetet när du inte hjälper brukare/kunder med städ, tvätt, handling eller personlig omsorg. Flera kryss är möjliga:

a) är med på möten	1	<input type="checkbox"/>
b) antecknar händelser om brukare/kund	2	<input type="checkbox"/>
c) skriver till i genomförandeplaner när något mer ska göras	3	<input type="checkbox"/>
d) deltar i omsorgsplanering för någon/några brukare/kunder	4	<input type="checkbox"/>
e) hjälper brukare som jag är kontaktperson för	5	<input type="checkbox"/>
f) annat.....		

14. Jag hinner göra de arbetsuppgifter jag kryssat i ovan utan att känna stress

Alltid	Ofta	Sällan	Aldrig
1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OMSORGSKVALITET OCH KRAV I ARBETET

15. a) Ungefär hur många brukare hjälper du under en normal arbetsvecka? Antal brukare

b) Vad tycker du om antalet? 1 2 3
 För få Lagom För många

16. Jag är kontaktperson för Antal brukare (ange antal)

17. Vad tycker du om den tid du vanligen ägnar åt varje brukare? 1 2 3
 För mycket tid Lagom För lite tid

18. Finns det vanligen tillräckligt med tid för att du ska hinna ge den hjälp som beviljats brukaren/kunden?
1 2 3 4
 För lite tid Lagom För mycket tid Vet ej

	Alltid	Ofta	Sällan	Aldrig
19. a) Arbetar du övertid?	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat "alltid", "ofta" eller "sällan", sätt kryss i något av följande alternativ i fråga b:

b) När jag arbetat övertid rapporterar jag det

20. Finns det möjlighet för dig att ta ut dina raster?

21. Finns tillräckligt med tid för dig att för flytta dig utan stress mellan brukarna?

22. I mitt arbete finns utrymme för att varva ner

23. Jag känner stöd från närmaste chef

24. Jag känner stöd från de flesta av mina arbetskamrater

25. Vid behov finns det ersättare/vikarier

26. Jag är tvungen att utföra saker på ett visst sätt som jag tycker skulle göras annorlunda

27. Jag upplever krav som inte går ihop från olika personer (t ex brukare/anhöriga/chef/ samordnare och mig själv)

28. I mitt arbete måste jag klara av händelser jag inte varit beredd på

29. I mitt arbete måste jag ta egna snabba och svåra beslut

30. I mitt arbete känns ansvaret för brukarna för stort

OMSORGSKVALITET OCH KOMPETENSUTVECKLING

	Aldrig	Sällan	Ofta	Alltid
	1	2	3	4
31. I mitt arbete har jag möjlighet att fråga någon till råds om jag är osäker på något i arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Jag har tillräcklig kunskap om brukarnas fysiska sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Jag har tillräckliga kunskaper om brukarnas psykiska sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Det finns möjligheter att lära av varandra på min arbetsplats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Enhetschefen på min arbetsplats har tid för frågor och problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Jag har gått någon kurs under de senaste tre åren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Ja, vad handlade den om?				

OMSORGSKVALITET OCH PERSONALENS DELAKTIGHET

	Aldrig	Sällan	Ofta	Alltid
	1	2	3	4
37. Den dagliga tidsplaneringen fungerar bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Jag kan påverka den dagliga tidsplaneringen om den inte fungerar väl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Om jag märker att brukare behöver mer hjälp är det lätt för mig att meddela detta vidare till ansvarig person (chef, biståndsbedömare, gruppleddare etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Jag har haft årliga medarbetarsamtal under den tid jag varit anställd på arbetsplatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OMSORGSKVALITET PÅ LEVERERADE TJÄNSTER

41. Jag anser att arbetsplatsen levererar god kvalitet när det gäller:

	Aldrig	Sällan	Ofta	Alltid
	1	2	3	4
a) servicetjänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) omvårdnad vid fysiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) omhändertagande vid psykiska sjukdomar/ohälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) förebyggande arbete (t ex promenader, samtal, hjälp till självhjälp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Jag anser att samverkan med sjuksköterskorna inom primärvården fungerar bra

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

43. Jag kan tänka mig att ha en nära anhörig som brukare hos oss

Ja 1 <input type="checkbox"/>	Tveksam 2 <input type="checkbox"/>	Nej 3 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

NÖJDHET OCH VÄLBEFINNANDE

44. Trivs du i stort sett på din arbetsplats?

Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. På min arbetsplats finns en stämning som lockar fram bra prestationer

Aldrig	Sällan	Ofta	Alltid
1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Jag känner att jag räcker till för brukarna

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

47. Anser du att ditt nuvarande arbete har påverkat din hälsa? Arbetet har...

gjort hälsan mycket bättre	5	<input type="checkbox"/>
gjort hälsan något bättre	4	<input type="checkbox"/>
inte påverkat hälsan alls	3	<input type="checkbox"/>
gjort hälsan något sämre	2	<input type="checkbox"/>
gjort hälsan mycket sämre	1	<input type="checkbox"/>

FORTS. NÖJDHET OCH VÄLBEFINNANDE

48. Arbetet kan ibland ge besvär från kroppen eller påverka hur du mår.

Hur ofta har du under de senaste 30 dagarna haft ...	Aldrig	Några enstaka gånger	Några gånger per vecka	Dagligen en eller fler gånger
	4	3	2	1
svårt att somna/orolig sömn för att du tänker på arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smärta/andra besvär i rörelseorganen, t ex rygg, nacke etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Hur ofta har du arbetat fast du varit sjuk de senaste 12 månaderna?

Aldrig	1-3 gånger	4-6 gånger	Mer än 6 gånger
4	3	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Hur ansträngande upplever du vanligtvis ditt arbete?
(Ringa in en lämplig siffra mellan 0-14)

a)... Fysiskt ansträngande

- 0
- 1 Mycket, mycket lätt
- 2
- 3 Mycket lätt
- 4
- 5 Ganska lätt
- 6
- 7 Något ansträngande
- 8
- 9 Ansträngande
- 10
- 11 Mycket ansträngande
- 12
- 13 Mycket, mycket ansträngande
- 14

b)... Psykiskt ansträngande

- 0
- 1 Mycket, mycket lätt
- 2
- 3 Mycket lätt
- 4
- 5 Ganska lätt
- 6
- 7 Något ansträngande
- 8
- 9 Ansträngande
- 10
- 11 Mycket ansträngande
- 12
- 13 Mycket, mycket ansträngande
- 14

51. Hur skulle du sammanfattningsvis beskriva din hälsa?

- Mycket bra 5
- Ganska bra 4
- Varken bra eller dålig 3
- Ganska dålig 2
- Mycket dålig 1

52. Känns det idag som du vill arbeta kvar på din nuvarande arbetsplats om fem år?

- | Ja absolut | Ja kanske | Nej tror inte det | Nej absolut inte |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

53. Är det något mer du tycker vi borde ha frågat om eller som du vill tillägga?

Ja Nej

Om ja

.....

.....

.....

.....

.....

Tack för Din medverkan!

