



*Avdelningen för omsorg om äldre
och funktionshindrade, utförare*

FARSTA STADSDELSFÖRVALTNING
2006-04-12

O r g a n i s a t i o n s o c h l e d n i n g s - u t v e c k l i n g - p r o j e k t i n o m E d ö ä l d r e b o e n d e o c h F a r s t a s j u k h e m

Arbetslagarkonsultation AB, ATK Arbetsliv, har genomfört en organisationsstudie på Edö äldreboende och Farsta sjukhem. Organisationsstudien är en del i det projekt för personalutveckling som bedrivs på Edö äldreboende och Farsta sjukhem och finansieras via kompetensfonden.

ATK Arbetsliv har haft enskilda intervjuer med alla berörda enhetschefer, sjukhemschef och utförarchef samt gruppintervjuer med ett urval av övrig personal i syfte att dels göra en organisationsstudie dels ta fram individuella utvecklingsplaner för varje chef.

Organisationsstudien har genomförts dels genom gruppintervjuer dels genom studier av internt material såsom psykosociala arbetsmiljöenkäter, verksamhetsberättelser och organisations- och uppgiftsbeskrivningar.

Den personliga chefsrollen har genomlysts med den så kallade 360 gradersskalan. 360-gradersskalan innebär dels självskattning, dels enkätfrågor till sidoställd chef, överordnad chef samt underordnade medarbetare. Frågorna behandlar bland annat förtroende, problemlösning, utveckling/förändring, information, stöd/bollplank, respekt, kunskap att klara arbetsuppgifter och ansvar för verksamheten.

Resultatet av studien har sammanställts i en rapport som beskriver uppdraget, bakgrund – från privat till kommunal ägo, nulägesbeskrivning, förbättringsområden och lista över förbättringsförslag.

Personalens positiva upplevelser att gå från privat till kommunal huvudman överväger genom att det nu är mer personalresurser, bättre miljö och ökade kompetenssatsningar. Det som upplevs som mindre bra är att det blivit fler chefer (de två enhetscheferna för sjuksköterskegruppen och rehab.gruppen) och färre sociala aktiviteter för personalen än på den privata tiden.

De förbättringsområden som presenteras är

- Se över ledningsstrukturen inom Farstas äldreomsorg för att få en mindre ledningsgrupp för avdelningschefen. De alternativ som föreslås är att tillsätta en gemensam äldreboendechef för Edö, Postiljonen och Ängsö samt en hemtjänstchef alternativt ha en platsrepresentant på respektive äldreboende.
- Mindre områden/färre anställda (max 30) för varje enhetschef. De flesta enhetscheferna har cirka 30 medarbetare men ett par har cirka 50 inom sitt område.
- Förtydliga samspelet mellan de operativa enheterna och resursenheterna för sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal
- Se över resurser och procedurer i samband med bemanning, eventuellt införa pooltjänster.
- Fortsätta kompetenshöjande åtgärder för personalen.
- Utveckla ledningsgrupperna och genomföra en gemensam ledarskapsutveckling på Edö och Farsta sjukhem.

Sammanfattningsvis bedömer konsulterna att det är en i huvudsak bra organisation som kan bli bättre genom mer delaktighet och samarbete, tillgängliga chefer, effektivare ledningsgrupper och utveckling av bemanningsarbetet.

Förändring av ledningsstruktur och samspel mellan de operativa enheterna och resursenheterna kommer att diskuteras och eventuellt beslutas inom chefsgruppen på planeringsdagar i maj/juni. På planeringsdagarna kommer också behovet av att samordna vikariatillgången i så kallade pooltjänster att diskuteras. Individuella handlingsplaner gör respektive enhetschef med sin närmaste chef. Kompetenshöjande insatser för undersköterskor och vårdbiträden pågår och några vårdbiträden har validerat sina kunskaper för att få formell behörighet.

Annica Dominius
Avdelningschef, utförare

Bilaga: Organisation, arbetsformer och ledningsutveckling inom Edö äldreboende och Farsta sjukhem. Rapport från ATK Arbetsliv, Per Tengblad och Pia Juhlin Åstrand, 2006-03-14

**Organisation, arbetsformer och ledningsutveckling
inom
Edö Äldreboende och Farsta Sjukhem**



*Per Tengblad
Pia Juhlin Åstrand*

2006-03-14

ATK Arbetsliv

ATK Arbetstagarkonsultation AB
Säte: Högbergsgatan 62 Box 17508 118 91 Stockholm Tel 08-694 04 50
www.atk.se Organisationsnr: SE 556 198-6208 Fax 08-694 04

1. Inledning

Uppdraget

ATK Arbetsliv har haft i uppdrag av Farsta Stadsdelsförvaltning att stödja utvecklingen av en optimal organisation och stödja chefsutveckling inom Farsta Sjukhem respektive Edö Äldreboende (kallas fortsättningsvis ibland sjukhemmet respektive äldreboendet).

Uppdraget har finansierats av Stockholms Stads Kompetensfond och har genomförts med viss koppling till den av kompetensfonden likaledes finansierade breda kompetensutveckling av en stor del av personalen inom sjukhemmet och äldreboendet.

Ledningen av uppdraget har skett genom en styrgrupp bestående av Äldreomsorgschef, Sjukhemschef, en av enhetscheferna inom äldreboendet samt projektledaren.

Uppdraget har innefattat två delar;

- En *organisationsstudie* med fokus mot chefsroller, fördelning av ansvar och befogenheter, arbetsfördelning, kompetensutnyttjande, rutiner och hjälpmedel, samverkan och delaktighet baserad på intervjuer med chefer och grupper av anställda inom respektive enheter men också visst internt material såsom psykosociala arbetsmiljöundersökningar, verksamhetsberättelser, organisations- och uppgiftsbeskrivningar mm
- Framtagning av *individuella chefsutvecklingsplaner* baserade på enkäter till medarbetare, sido- och överordnade chefer samt självskattningar återkopplade till respektive chef.

Uppdragets genomförande - organisationsstudien

Genomförandet av organisationsstudien har skett på följande sätt:

1. Diskussion om inriktning och frågeställningar i styrgruppen (november 05)
2. Information till all personal inom sjukhemmet respektive äldreboendet (december 05)
3. Genomgång av material (löpande)
4. Enskilda intervjuer med alla berörda enhetschefer samt sjukhemschef och äldreomsorgschef (januari)
5. Gruppintervjuer (i huvudsak blandade grupper inom respektive äldreboende och sjukhem) med totalt ca 25 anställda inom sjukhemmet och lika många inom äldreboendet (januari/februari)
6. Analys och rapportering (februari/mars)

Uppdragets genomförande – chefsutvecklingen

Som en del i stadsdelens arbete med chefsutveckling har en så kallad 360-graders-mätning gjorts för de 13 chefer som arbetar på Farsta sjukhem och Edö äldreboende. Mätningen innebar att frågor ställdes i enkätform till underställd personal, sidoställda kollegor och till överordnad chef. Dessutom fyllde varje chef i en självskattning.

Frågorna, som tagits fram i samråd med projektets styrgrupp, har framför allt behandlat chefernas ledarskap i olika avseenden. Exempel på områden som ingått är kommunikation, information, konflikthantering, förändringsarbete, tillit och feed back. Syftet med mätningen var att få en bild av hur respektive chef uppfattas av sin omvärld samt kunna använda resultaten som en del i framtagandet av individuella utvecklingsplaner.

Utskick av enkäter gjordes i slutet av januari år 2006 och sista svarsdatum var i mitten av februari månad. Enkäterna till underställda och sidoställda var anonyma. Enkätresultaten registrerades och sammanställdes i diagramform. Förutom resultat per chef redovisades också sammanlagda resultat för samtliga chefer vilket möjliggjorde jämförelser. Resultaten presenterades i början av mars för överordnade chefer. Feed back till berörda chefer gavs i mitten av mars.

Rapporten

Denna rapport avser en beskrivning av läget och våra bedömningar av möjliga organisations-förbättringar. Fokus är respektive enhet men vi för också vissa resonemang om lösningar som kan påverka enheter utanför sjukhemmet respektive äldreboendet. Vissa delar i hur man organiserar sig inom respektive enheter hänger ihop med hur man organiserar äldreomsorgen i sin helhet inom stadsdelen.

Rapporten inleds med en tolkning av uppdraget samt några egna viktiga utgångspunkter kring organisering av verksamhet i allmänhet och kommunal verksamhet i synnerhet. Därefter gör vi en kort historieber beskrivning av verksamheterna utifrån övergången från privat till kommunal huvudman. Vi gör en samlad beskrivning av nuläget utifrån upplevelser från chefer och medarbetare dels för äldreboendet dels för sjukhemmet samt vissa gemensamma frågor. Nulägesbeskrivningen omfattar kompetens och motivation, delaktighet, chefsroller, ansvars- och arbetsfördelning, rutiner och tekniska hjälpmedel, bemanning och samarbete.

I avsnitt 5 redovisas idéer kring förbättringar vad gäller ledningsstruktur, utveckling av chefsroller, ansvars- och uppgiftsfördelning, bemanning, kompetensförsörjning och lärande samt chefsutveckling. I det avslutande avsnittet görs en samlad redovisning av de förslag som kommit fram i grupp- och chefsintervjuer

2. Några utgångspunkter

Viktiga utgångspunkter i våra diskussioner om organisationsförbättringar har varit dels det styrgruppen förmedlat som utgångspunkter i uppdraget dels våra egna erfarenheter av organisering i allmänhet och kommunal verksamhet i synnerhet.

Utgångspunkten för uppdraget är att organisationen bör stödja och ej motverka de kompetenshöjande insatser som sker parallellt med stöd av Lärgården.

Ambitionen är inte i första hand att vidta några större strukturella förändringar och inte heller att åstadkomma kraftiga besparingar. Självfallet bör organisationen vara så effektiv som möjligt.

Ambitionen har varit att genomföra en kartläggning och utvärdering av nuvarande organisation, arbetsformer och arbetssätt, inte minst mot bakgrund av att bägge enheterna har övergått från privat till kommunal ägo för ett respektive två år sedan, då en hel del förändringar genomfördes.

Vi har i arbetet framförallt fokuserat oss på följande;

- Organisationsstrukturer; fördelning av ansvar och befogenheter liksom utformning av chefsroller.
- Former för planering och uppföljning, resurser, bemanning och schemaläggning.
- Arbetsfördelning, samarbete och kompetensutnyttjande.
- Rutiner och användning av tekniska hjälpmedel.

Några viktiga utgångspunkter utifrån våra egna erfarenheter av väl fungerande verksamheter är;

- God kompetens hos ledare och medarbetare och en ansvars- och arbetsfördelning som stöder utveckling av ledarskap och medarbetarskap.
- Få beslutsnivåer (platt organisation) ställer stora krav på individernas kompetens och kommunikation, det skapar förutsättningar för delegering men minskar möjligheter till effektiva grupper (ledningsgrupper, arbetsgrupper).
- Matrisorganisation som bygger på ansvarsfördelning mellan t ex personalansvarig chef och operativ arbets- eller processledare ställer stora krav på tydlighet och ett aktivt agerande från högre ledning.
- ”Ordning och reda” dvs att det finns klara och effektiva rutiner (inklusive hjälpmedel) är viktiga grundförutsättningar för att arbetet ska fungera
- Delaktighet är en viktig kvalitetsfaktor i organisationer som arbetar med människor. Vare sig auktoritära eller ”låt gå” ledare fungerar väl för att åstadkomma delaktighet. Självstyrande grupper och egna ansvarsområden är stimulerande för delaktighet och utveckling men ej tillräckligt för ett effektivt samspel.
- Gemensam värdegrund och ett öppet, kommunikativt klimat är särskilt viktigt - både kvalitet för brukarna och psykosocialt välbefinnande för personalen. Det ställer krav på ledarskapet men även andra instrument kan behövas (särskilda dialoger, handledning, team-building)

- System för resurstilldelning, schemaläggning och bemanning (hel- eller deltidstjänster, visstids- eller tillsvidareanställningar, ersättnadsfrågor) måste kunna tillgodose både verksamhetens ekonomi och personalens arbetsvillkor.

3. Bakgrund – från privat till kommunal ägo

Både Edö äldreboende och Farsta sjukhem har det gemensamt att det är verksamheter som tidigare bedrivits i privat ägo och där kommunen av olika skäl tagit över verksamheten. Edö överfördes i början av 2005. Farsta Sjukhem har varit under kommunalt huvudmannaskap de senaste 2 åren. Övergången från privat till kommunal regi har inte betytt några avgörande förändringar i verksamheten som sådan. Vård- och omsorgstyper liksom boenden har inte ändrat karaktär på något avgörande sätt. Det är framförallt två olika förändringar som för bägge enheterna är tydliga.

Det första är organisationsutformningen. Tydliga förändringar har skett dels i antalet ledningsnivåer dels i organiseringen av specialistresurserna, framförallt sjuksköterskorna men också paramedicin. Chefsstrukturen har anpassats till den kommunala och gruppleddarrollen avskaffats (som första linjens arbetsledare). Från att i privat regi haft en integrerad organisation med sjuksköterskorna på avdelningarna är nu dessa (liksom paramedicin) organiserade i särskilda grupper med egen chef.

En stor skillnad är också personalpolitikens förändring. I och med det kommunala över-tagandet ökade man personalresurserna på vissa ställen och man har nu också gjort mer medvetna kompetenssatsningar. Det som framförs som positivt, framför allt i gruppinter-vjuerna som fördelar med det kommunala jämfört med tiden i de privata företagen är att man nu upplever sig ha:

- mer personalresurser.
- bättre miljö för både boende och personal.
- satsningar på kompetens.

Men det är också några saker som framhålls som negativt i och med övergången till kommunal regi:

- mer chefer (framförallt upplevt inom äldreboendet) och långsammare beslutsvägar.
- färre arrangemang av sociala aktiviteter för personalen (av typ gemensamma frukostar).

När det gäller de genomförda organisatoriska förändringarna är man i stort sett nöjd. Några röster höjs för att det var bättre med gruppledare liksom med sjuksköterskor som var en del av avdelningarna. Den negativa synen på beslutsvägar och upplevelsen av för mycket chefer är också ett uttryck för ett organisatoriskt missnöje.

Både sjukhemmet och äldreboendet – såväl chefer som medarbetare - har haft en tuff resa i att i viss mån försöka förändra kultur och utveckla kompetens och nya arbetssätt inom ramen för ett annorlunda organisatoriskt tänkande och andra kompetenskrav

Det är också ganska tydligt att man från stadsdelsledningens sida har varit angelägen om att inkorporera de nya enheterna i den kommunala arbetsordningen. Från ledningens sida har man inte tagit med sig särskilt många erfarenheter eller arbetssätt från den privata tiden.

4. Nulägesbeskrivning

Nedanstående nulägesbeskrivning utgår ifrån de områden som diskuterats i gruppintervjuer och enskilda intervjuer liksom några av de frågor och svar som återfinns i arbetsmiljöenkäten.

Vi beskriver Edö äldreboende för sig och Farsta sjukhem för sig men i en likartad struktur. Avslutningsvis tar vi upp några gemensamma frågor.

Edö äldreboende

Vid övertagandet gjorde stadsdelen en hel del satsningar vilket också av personalen upplevs som positiva faktorer. Flertalet upplever nu att man har *en bra total balans i bemanningen, bra satsningar på utbildning och kompetensutveckling liksom en bättre miljö inom huset och för de boende.*

Ur den nyligen genomförda arbetsmiljöenkäten kan man som positivt lyfta fram *motivation och att flertalet anställda upplever sig ha den kompetens som krävs för arbetet. Även samarbetet inom grupperna lyfts – med vissa undantag – fram.* Några av enhetscheferna har dock en mer nyanserad bild av personalens kompetens och arbetsmotivation – där man anger mer brister än den egna bedömning som personalen gör i arbetsmiljöenkäten. Den påbörjade kompetensutvecklingen upplevs som mycket positiv. Såväl medarbetare som chefer upplever den dock som otillräcklig i förhållande till det behov som finns. Exempel på sådana behov är:

- längre undersköterskeutbildningar
- mer systematisk och kontinuerlig utbildning nära arbetsplatsen
- utbildning inom medicinska områden och demenssjukdomar
- utbildning i språk, dokumentation och bemötande.

När det gäller *information och möjligheter att kunna påverka* är resultaten från enkäten något sämre (ca hälften tycker att det fungerar bra). Detta bekräftas också från gruppintervjuerna där flera är inne på att arbetsplatsträffarna t ex visserligen genomförs men inte fungerar på avsett sätt. Kopplat till detta lyfts också synpunkter fram kring något man upplever som bristande pengahantering (som t ex problem med att behöva ta hänsyn till budgetår och ramavtal) – något som angavs fungera bättre under den privata tiden.

Att *gruppledarna* som i princip tagits bort upplever personalen i stort som bra – även om man på några avdelningar behållit rollen (men inte funktionen). Att man behållit rollen tycks bero på antingen att enhetschefen sett det som en fördel i sin kontakt med avdelning eller att gruppen tyckt det var en bra lösning. Sammantaget tycks det finnas en otydlighet kring gruppleddarrollen. Inom vissa

grupper och hos några f d gruppleddare tas den för given medan andra grupper helt har lämnat den.

I den nya – mycket platta – organisationen faller mycket ansvar på *enhetschefen* – att svara för ekonomi- och personaladministration och samtidigt vara en närvarande tydlig och stödjande chef för sin ”operativa” enhet (servicehuset/hemtjänsten, ålderdomshemmet och gruppboendet) med i snitt mellan 40 och 50 anställda. För hemsjukvården och paramedicin är chefsrollen något annorlunda och nya samspel krävs mellan de två chefsgrupperingarna.

Även om förtroendet för cheferna överlag är gott (77% enligt arbetsmiljöenkäten) – finns det stora variationer såväl mellan enheter som mellan avdelningar inom några enheter. Dessa enhetschefer ser också (på lite olika sätt) problematiken med stora områden. Att vissa gruppleddare (eller bemanningsansvariga) fortfarande används kan ses som ett sätt att svara upp emot enhetschefens ledningsproblem vid stora enheter.

Ansvars- och arbetsfördelningen i det dagliga arbetet synes fungera väl, vilket t ex bekräftas av de positiva omdömena om samarbetet. *Kontaktmannaskapet* gentemot de boende är väl accepterat men fungerar ibland inte i praktiken. Fördelningen av *särskilda ansvarsområden* (bemanning, tvätt, mat etc) upplevs av många som bra bland annat till följd av att gruppleddarrollen utgått.

Några vårdbiträden/undersköterskor tar upp *samarbetet med ansvarig sjuksköterska* som ett problem – men detta tycks mer vara person- än organisationsrelaterat. Några lyfter här fram behovet av höjd kompetens – från vårdbiträde till undersköterska – som ett sätt att öka möjligheterna till delegering. Rollproblemen här tycks snarare ligga mellan ”operativ” enhetschef och sjuksköterskechef respektive chef paramedicin. Till dels kan detta eventuellt tillskrivas ”barnsjukdomar” i den ännu bara ettåriga relationen. Denna problematik speglas också av personalens uppfattning om långa beslutsvägar och alltför många chefer. Rehab har en mer tydlig konsultativ roll, där man från några grupper anger behov av mer stöd.

Rutiner i arbetet med de boende tycks fungera bra. Det goda samarbetet i många grupper är en viktig faktor. De brister som finns rör framförallt medicinhantering och signering. Vissa problem kan uppstå i samverkan pga bristande kommunikation till följd av avsaknad av tillräckliga språkkunskaper och därmed också dokumentationssvårigheter. Flertalet är nöjda med *utrustning och tekniska hjälpmedel*. Ett fåtal avdelningar lyfter fram problem med bristande utrustning och personalutrymmen.

I gruppsamtalen har frågan om *bemanning och schemaläggning* kommit upp. Totalt sett är man ganska nöjd. Grupperna själva har ju också haft möjlighet att bestämma schemaläggningsprinciper. Problem kvarstår dock med en upplevd alltför begränsad helgbemanning liksom de s k långpassen, men också stressiga situationer framförallt under förmiddagarna. De problem som lyfts upp kring bemanningen handlar om vikarieanvändning (timvikarier som inte kan rutiner), avsaknad av semestervikarier och svårigheter med utnyttjande av deltid.

Samarbetet inom grupperna fungerar i stort bra, medan det är sämre med samarbetet mellan grupperna. Där enhetschefen aktivt försöker bryta gruppmonstren upplevs detta av flera som negativt. Samtidigt ser många möjligheter i ett förbättrat samarbete mellan grupperna. En del i denna problematik är att många saknar gemensamma aktiviteter inom huset, något som fanns under den privata tiden.

Rörligheten (förutom timvikarier) tycks enligt vår mening vara för liten. Den som har funnits har upplevts som ett sätt att hantera personalproblem och inte som en naturlig del i en personalpolitik där man t ex ska ha möjlighet att pröva nytt.

Farsta sjukhem

Jämfört med Edö har Farsta sjukhem haft en längre period i anpassningen från det privata till det kommunala. Likartade synpunkter redovisas från såväl chefer som medarbetare om skillnaderna – vad som blivit till det bättre respektive sämre. Som vi har förstått det har dock resan varit tuffare för sjukhemmet inte minst åtgärder på personalsidan för att stärka kompetensen och åstadkomma fungerande arbetsgrupper.

Liksom inom Edö visar sjukhemmets arbetsmiljöundersökning *goda värden på motivation och kunskap*. Däremot ges sämre värden på *återkoppling* dvs att man får feedback på sitt arbete. Detta kommer också tydligt fram i gruppintervjuerna – alltifrån att man tycker det brister i allmänna sätt att uttrycka uppskattning (personalsociala aktiviteter) till brister i utvecklings- och lönesamtal liksom brister i det personliga ledarskapet.

Cheferna är överlag nöjda med personalens kompetens och samarbete, även om man fortfarande ser en del brister inom vissa grupper och avdelningar. Man är också i stort positiv till fortsatt kompetensutveckling. Någon avdelning jobbar också mer aktivt med hjälp av handledning, särskilda reflektionsmöten mm. Satsningen på kompetensutveckling är också det som framförallt lyfts fram som positivt vid gruppintervjuerna.

Rollen som enhetschef på vårdavdelningarna är tydlig i relation till medarbetarna. Antalet medarbetare är hanterligt, med undantag av de sammanslagna avdelningarna 1 och 2. De problem som uppstår kan härledas till samspelet med sjuksköterskorna och deras arbetsledande roll. För flera chefer är detta inte ett större problem utan de klaras av i dialoger. Några ser dock detta som ett problem i ansvarsfördelningen. Medarbetarnas syn på *sjuksköterskorna i deras arbetsledande roll* är i stort positiv även om det kommer fram många synpunkter kring rollen (kontrollant eller vårdarbetare), bristande delegering och skiftande personliga egenskaper. För sjuksköterskorna själva har förändringen till att finnas i en egen enhet uppfattats väldigt positivt – möjlighet till professionell utveckling och utveckling av gemensamma synsätt. Ledarskapet har också haft en positiv inverkan. Sjuksköterskeenheten har i arbetsmiljöundersökningen det tydligaste positiva utfallet vad gäller *förtroende för närmaste chef*. I övrigt ger enkäten mycket varierande resultat vad gäller medarbetarförtroende. När det gäller den

sammanslagna avdelning 1 och 2 är det dock tydligt att denna chefsroll, kompletterad med en bemanningsansvarig, inte fungerar väl.

Enhetschefernas egen uppfattning om rollproblem är mer knuten till *ekonomiansvaret* och roll i ledningsgruppen. Man känner sig inte delaktig i planeringsarbetet (budget och uppföljning). Man har ansvar för att hålla budgeten men kan inte påverka den. Medarbetarna är kritiska till att man inte kunnat påverka budgeten och tveksamma till om pengarna används på bästa sätt.

Beträffande *ledningsgruppen* och sjukhemschefens roll pekar flera enhetschefer på problemet med att hon genom sina nya uppdrag har blivit mer frånvarande. Ledningsgruppen som sammanhållande länk inom sjukhemmet upplevs av några inte fungera som den skulle kunna. Från personalens sida framförs också tydligt *bristen på samarbete över gränserna och helhetssyn* inom sjukhemmet.

När det gäller ansvar och befogenheter i övrigt vad gäller *det operativa arbetet* redovisas från en del medarbetare att de olika ansvarsområden som fördelats ut har blivit för mycket och för många. Det handlar mer om den arbetsbelastning som ligger i de särskilda ansvarsområdena än ansvaret i sig. Kontaktmannaskapet t ex upplevs fungera väl. Utformning och tillämpning av *arbetsrutiner* upplevs fungera väl på flertalet avdelningar. En hel del synpunkter kommer dock fram kring behov av förbättringar vad gäller kringutrustning av olika slag – flertalet av dessa har vi förstått varit uppe till behandling och hamnat i eller fått avslag i budgetprocessen.

Arbetsfördelningen är ett område som lyfts fram av några där förbättringar skulle behövas. Fördelningen upplevs av några som orättvis inom och mellan grupper men också otillräcklig när det gäller delegering. Här finns en stark koppling mellan utbildning/kompetensutveckling, chefers och sjuksköterskors bristande kunskap om vilken kompetens som finns och möjligheter att få förtroende och utvecklas i sin yrkesroll.

Även om *bemanningen* generellt sett upplevs vara god finns det uppenbara problem. Det största problemet som anges såväl från chefer som medarbetare är en alltför låg kvällsbemanning tätt följd av att bemanningen i praktiken inte fungerar (korttidsfrånvaro ersätts inte, halv- och deltider gör det svårt att fylla upp som det är tänkt) Även helgerna upplevs för lågt bemannade. I detta framförs också från medarbetarnas sida att alla uppgifter (tvätt, kontinuerlig städning, flyttstädning etc) inklusive ansvarsområden och krav på dokumentation leder till både hög arbetsbelastning och svårigheter att ge kvalitet i omsorgsarbetet. Från flera håll framförs också som förbättringsområde att kunna utveckla mer aktiviteter för de boende.

En särskild aspekt av bemanningsfrågorna är bemanningsansvaret och att sättet att ta in extrapersonal varierar och upplevs som osystematiskt. Inte minst från chefshåll upplevs detta som ett problem där flera framför behov av bättre samordning.

Principerna för schemaläggning generellt upplevs som bra (om de fylls upp). Här har man ju också från medarbetarnas sida fått vara med och bestämma.

Upplevelsen av information och delaktighet visar stora variationer från medarbetarnas sida. Här finns uppenbarligen starka kopplingar till hur ledarskapet fungerar inom olika enheter. Ur arbetsmiljöundersökningen kan vi utläsa ett tydligt samband mellan chefsförtroende och om man får tillräckligt med information men också om APT genomförs regelbundet. Ett undantag är de sammanslagna avdelningarna där APT upplevs fungera väl men inte på samma sätt det personliga ledarskapet. Områden där man saknar delaktighet gäller framförallt planering och ekonomi.

Att jobba med *samarbetet* inom grupper/avdelningar har varit en av de viktigare ledningsuppgifterna under senare år. För en grupp kommer också handledning att sättas in. Samarbetsproblem finns dock kvar inom vissa grupper. Där detta finns tycks det finnas en stor medvetenhet om det från respektive chef. Från medarbetarna lyfts samarbetsproblemen endast delvis direkt fram. Indirekt kommer det till uttryck i ett uttryckt behov av chefer som förmår ta konflikter liksom ett uttryckt behov av arbetsledarkompetens snarare än sjuksköterskekompetens. Ur arbetsmiljöenkäten kan vi också utläsa något sämre värden för samarbete och öppenhet jämfört med andra områden.

Några gemensamma drag

Det är naturligtvis stora skillnader i hur den organisatoriska situationen ser ut mellan t ex den mer vårdintensiva verksamheten vid sjukhemmet jämfört med äldreboendets mer olikartade boendeformer. Det är också arbetsplatser med olika historier, Det faktum att sjukhemmet är en enhet med en sjukhemschef ger naturligtvis andra organisatoriska förutsättningar än äldreboendet som lokalmässigt har ungefärligen samma upplägg men innehåller tre enheter med varsin enhetschef.

Vidare har hemsjukvården på Edö liksom rehabenheten andra ansvarsområden än enbart Edö respektive Edö och Farsta Sjukhem.

En tydligt gemensam organisatorisk fråga är enheternas inplacering i stadsdelen och i den befintliga chefsstrukturen och utövandet av ledarskapet i denna. En yttlig blick över den platta organisation som man valt ger vid handen att antalet enheter (och enhetschefer) är många - 30, varav 25 direkt underställda avdelningschefen. De underställda cheferna är indelade i olika områden med egna ledningsgrupper innebärande att avdelningschefen får möjlighet att arbeta mer operativt i mindre grupper, vilket är en fördel. Såväl avdelningschefen som underställda chefer tycks fungera mycket väl (sett från äldreboendets och sjukhemmets horisont) med ömsesidigt förtroende och tydlig delegering. Där finns dock en obalans mellan äldreboendet (tre självständiga enhetschefer) och sjukhemmet (sju enhetschefer med en sjukhemschef emellan). Ur ledningsgruppssynvinkel har man löst det genom att sjukhemmets enhetschefer numera deltar i vissa ledningsgruppssammandragningar.

Såväl äldreboendet som sjukhemmet utnyttjar också gemensamma resurser inom stadsdelen – framförallt ekonomi, personal och IT. Från chefshåll framförs en hel del kritik mot IT-stödet som tycks handla om bristande kundorientering (trots att

man anstränger sig med kundenkäter). För ekonomi och personal är man mer nöjd med det stöd man får. Ekonomihanteringen i sig och framförallt delaktigheten i planering, budgetering och uppföljning får dock en viss kritik – från anställda generellt och i viss mån från sjukhemmets enhetschefer. Huruvida det nya integrerade ledningssystemet fått fullt utslag är mer osäkert (även om vi inte särskilt djupdykt i dessa frågor).

Chefsutveckling – resultatet av chefsenkäten

Svarsfrekvensen för samtliga chefer/enkättyper var mycket god. De flesta svarande hade också svarat på samtliga frågor.

Enskilda chefers resultat av mätningen är att betrakta som arbetsmaterial och redovisas därför inte här. Vi kan dock konstatera att resultaten, som kunde variera mellan 0 (instämmer inte alls) och 4 (instämmer helt), överlag var goda och de flesta chefer fick på de flesta frågor resultat mellan 2.5 och 4. Vad som är ”bra” är dock förstas en högst subjektiv fråga. Att nå medelvärden på 4 är förstas mycket bra men även resultat över 2 får betraktas som ”mer bra än dåliga”. Resultaten måste också bedömas i relation till den aktuella situationen, chefs erfarenhet och läget i arbetsgruppen.

När resultaten värderas är det också intressant att titta på eventuella skillnader mellan hur chefen själv upplever sitt beteende och hur andra upplever det. Här visar mätningarna för flera chefer sådana skillnader vilket ger ett bra underlag för kommande utvecklingssamtal.

Resultaten kommer att användas vid de utvecklingssamtal som hålls under våren år 2006 och ska också ligga till grund för individuella utvecklingsplaner.

5. Förbättringsområden

Den genomgång vi gjort ställd mot våra erfarenheter av fungerande organisationer i allmänhet och inom offentlig verksamhet i synnerhet har lett oss fram till vissa områden där det finns anledning att överväga förändringar. Vi vill lyfta fram dessa som möjliga förbättringar och problematisera kring dem snarare än att lägga färdiga förslag. Motiven är att det finns en hel del både för och nackdelar i olika lösningar inom de olika områdena. Vi har inte heller alla lösningar till hands efter den ganska snabba genomgång vi gjort. Det är också viktigt att förändringar och lösningar utformas i dialog mellan de som berörs.

Ledningsstruktur

Om vi betraktar ledningsstrukturen inom Farsta sjukhem och Edö äldreboende kan vi se olikheter framförallt i det att sjukhemmet hålls samman under en chef med äldreboendet är uppdelat i tre självständiga enheter direkt under avdelningschefen. På detta vis blir t ex enhetschefsrollen annorlunda på sjukhemmet jämfört med äldreboendet. Ser man det ur respektive verksamhets synvinkel och med olikheterna dem emellan är det inte orimligt. Samtidigt blir det en obalans i strukturen, vilket bland annat lett till att enhetscheferna vid sjukhemmet (som ju ej är direkt underställda avdelningschefen) är med vid vissa ledningsgruppsmöten.

Vill man likställa strukturen kan man välja antingen att sjukhemmet delas upp i sina enheter eller att äldreboendet ges en gemensam chef. Vi har inte funnit någon anledning att dela upp sjukhemmet. Mycket talar snarare för att man skulle kunna arbeta med mera gemensamma funktioner. Då skulle i så fall äldreboendet ges en gemensam chef. Med nuvarande enhetsstruktur blir detta lite grann en överorganisering. I detta fall bör man kanske vidga perspektivet.

En möjlig lösning vore då att se över *hela ledningsstrukturen inom Farsta äldreomsorg*. Motiven till detta skulle då finnas i bland annat möjligheterna att få en mindre ledningsgrupp totalt med möjlighet att kunna arbeta mer strategiskt. Behov av detta finns (utifrån äldreboendet och sjukhemmet) framförallt inom det personalstrategiska området men även när det gäller utvecklingen av de framtida strukturerna för äldreomsorgen.

En lösning skulle i detta vidgade perspektiv vara att man skapar en huvudindelning i tre verksamhetsområden – sjukhem, boenden (inkl ålderdomshem – både Edö och Postiljonen) och hemtjänst med var sin chef. Detta skulle innebära en form av ”divisionalisering” av äldreomsorgen. Respektive boendeform skulle tydliggöras. Avdelningschefen skulle därmed få en mindre ledningsgrupp – och kunna arbeta med den mer fokuserat. De tre ”hem” cheferna skulle få ett uttalat utvecklingsansvar samtidigt med att enhetschefernas roll som operativt och närvarande chefer skulle stärkas. Därmed skulle också enhetscheferna ges mer utrymme att ta sitt operativa personalansvar. Nedanstående bild kan förtydliga vår idé.

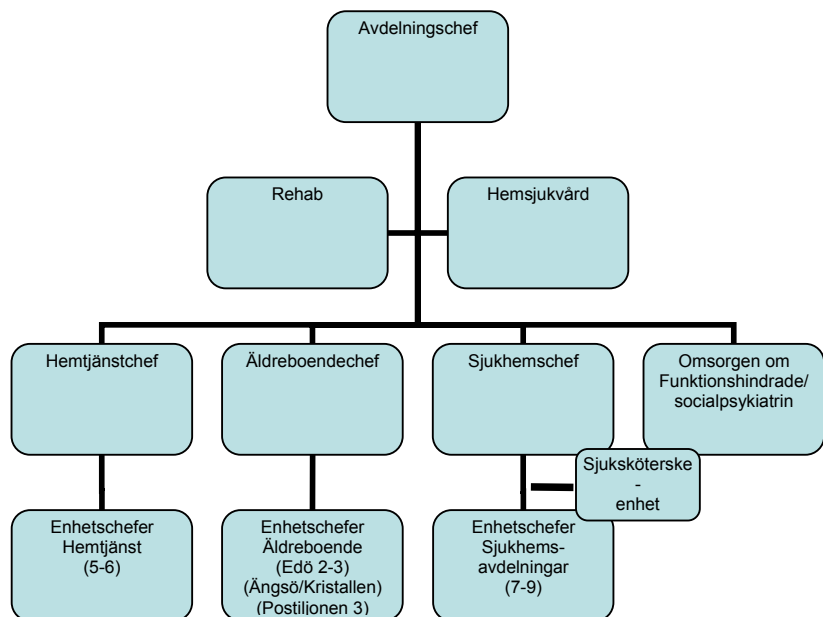


Bild: Alternativ organisation

Frågor som behöver lösas i kölvattnet på en sådan föreslagen organisation är bland annat

- Ska Edös servicehus ingå i hemtjänsten eller boendet? Med tanke på finansiering och pågående utveckling med integration är hemtjänsten den naturliga. Med hänsyn till lokalsituation och nuvarande ordning är boendet det naturliga.
- Förankring av en lösning för de olika boendena inom Edö respektive Postiljonen
- Finns det anledning till liknande lösningar inom omsorgen för funktionshindrade? (har legat helt utanför vårt uppdrag)
- Vilken betydelse skall man tillmätta eventuella framtida ”återprivatiseringar”.

Om man inte vill gå denna väg är det inte heller rimligt med en särskild Edö-chef. Då bör man snarare välja att låta någon av Edöcheferna fungera som platschef med särskilt ansvar för gemensamma funktioner (bemanning, lokaler/vaktmästeri, reception, dagverksamhet och social sammanhållning). Platschefen är ordförande i ledningsgruppen. Funktionen som platschef kan tänkas rotera årligen eller på annat sätt.

Detta kan göras i kombination med de förändringar vi diskuterar nedan i form av vad vi kan kalla för ett utvecklat nollalternativ.

Chefsroller och områden i ett utvecklat nollalternativ

En utgångspunkt för nuvarande organisation på basnivå (enheter) har varit att få en enhetschef med tydligt personal- och ekonomiansvar och med ett begränsat

antal underställda för att kunna ta detta ansvar. Så har det inte blivit på alla ställen. En sådan ambition innebär enligt vår mening att varje chef maximalt kan ha någonstans kring 30 underställda för att kunna utöva ett aktivt och närvarande personalansvar, ha utvecklings- och lönesamtal, följa upp närvaro och frånvaro etc. Vi vill särskilt trycka på behovet av chefen att vara närvarande, också i det operativa arbetet – även om sjuksköterskorna har en viktig arbetsledande roll. Detta innebär också att det vore bra om enhetschefen skulle kunna förlägga sitt arbete på ett friare sätt så att man möter alla anställda (t ex helg- och kvällspersonal)

Konsekvensen av detta synsätt innebär inga stora förändringar för sjukhemmet, med undantag för avdelning 1 och 2 där man går tillbaka till tidigare indelning. Vi har inte här prövat om det är möjligt att gruppera avdelningar/boenden (och antal boende) på andra sätt än nuvarande för att därmed uppnå ännu mer optimala gruppstorlekar och chefsområden.

För äldreboendet innebär detta lite större konsekvenser. Nuvarande chefsområden (i och med att servicehuschefen också har en hemtjänstgrupp) är alla för stora. Till del löses detta genom planen att låta Kristallen samorganiseras med Ängsö. Kan man tänka sig en ny enhetsstruktur inom äldreboendet – där man inte låter gränslinjen gå mellan gruppboenden och ålderdomshem utan blandar grupperna friare?

Samspelet mellan de operativa enheterna och resursenheterna

Genom att organisera sjuksköterskor och paramedicin för sig har man gått in i en så kallad matrisorganisation där det operativa arbetet kan komma att styras från två håll – från den personal- och ekonomiansvariga enhetschefen och den arbetsledande sjuksköterskan. När det gäller paramedicinen är detta mindre problematiskt då sjukgymnaster och arbetsterapeuter arbetar mer konsultativt (och där behörighetsproblemen inte heller är lika stora).

Matrisorganisationer kräver en viss omtanke med att ha en tydlig ansvarsfördelning liksom mekanismer för att lösa konflikter som ofta kan uppstå kring konkret ansvarsfördelning.

Sammantaget upplever vi att införandet av denna matrisorganisation fungerat väl. Sjuksköterskor respektive paramedicinare är särskilt nöjda. Operativa enhetschefer är något mindre nöjda. Vårdbiträden och undersköterskor knyter eventuella problem mer till person än till organisation – många sjuksköterskor upplevs fungera väl, några mindre bra.

Skall varje underställd chef ha likartade roller och uppdrag eller kan man tänka sig olika chefstyper för olika verksamheter med olika roller i den ovan beskrivna matrisorganisationen? Det finns anledning att tydliggöra olika chefsroller för de operativa enhetscheferna (gruppboende, vårdavdelningar etc) respektive de som fungerar som chef för resursen sjuksköterskor respektive paramedicin. Resurschefen tillhandahåller resurser som har sitt huvudsakliga arbete underställd en annan chef operativt. Att vara resurschef innebär att huvudfokus ligger i att

utveckla resursen personal och deras kunnande och förmågor. I relation till den operative chefen måste resurschefen vara lyhörd för synpunkter på den kompetens hon tillhandahåller (på samma sätt som ett bemanningsföretag måste lyssna på kundens önskemål). Detta innebär inte t ex att ge avkall på kompetens- och behörighetskrav men vara lyhörd för synpunkter på hur arbetet utförs och tillgodose önskemål om viss person t ex.

Vi menar att det finns skäl att tydliggöra relationerna och ansvaret ytterligare. Därmed kan man ställa tydligare krav på varandra – chef, sjuksköterska, paramedicinare och vårdbiträde/undersköterska.

Vårt förslag är att man tillsätter en särskild arbetsgrupp med representation från de olika kategorierna som tar fram förslag på en principiell ansvars- och uppgiftsfördelning som bör diskuteras på arbetsplatsträffar och i grupperna. I konkret utformning kan dessa sedan skilja sig åt mellan sjukhemmet och äldreboendet (inkl Postiljonen).

Bemanning – resurser och procedurer

Frågor om resurser, bemanning och schemaläggning har kommit upp som problematik på lite olika sätt inom såväl sjukhemmet som äldreboendet. I detta ligger ett antal frågeställningar invävda i varandra;

- ökat resursbehov från några delar (tydligast det ökade behovet av kvällsresurser på sjukhemmet)
- synpunkter på schemaläggningen inom äldreboendet
- problemet med att resurser inte finns i praktiken även om planen säger så (svårt med bemanning, ingen vikarieuppfyllnad etc)
- många involverade i bemanningen
- stort antal visstidsanställda

Vi tror att effektiviteten inom såväl sjukhem som äldreboende skulle förbättras dels om man minskade antalet visstidstjänster och fastanställde dessa i en personalpool dels om man genomförde en gemensam bemanning inom respektive sjukhem och äldreboende. Dessutom skulle man kunna pröva möjligheterna att öka antalet heltidstjänster.¹

Effekterna av en minskad andel visstidsanställda skulle sannolikt kunna bli

- bättre kontinuitet mot de boende
- bättre rekryteringsmöjligheter
- minskad sjukfrånvaro
- bättre förutsättningar att hantera frånvaro t ex för kompetensutveckling

En gemensam bemanning för äldreboendet respektive sjukhemmet skulle innebära en avlastning av respektive chef och sannolikt en mer effektiv verksamhet. En bemannings-ansvarig skulle i ett nästa steg kunna ansvara för den gemensamma personalpoolen.

¹ Goda erfarenheter har redovisats från Stockholms Läns Landsting (SvD 2006-03-12).

Personalpooler och bemanningscentra tycks vara på väg tillbaka generellt sätt inom äldreomsorgen. Exempel finns från andra kommuner som Haninge, Järfälla, Växsjö m fl.

Haninge t ex har en grupp på ca 20 i poolen med ett totalt antal anställda på 600. Vid samtal med ansvarig för Haninge bemanningscentrum framkom stora vinster dels i möjligheterna att få mer kompetenta vikarier men framförallt tidsbesparingar för enhetschefer.

Vi föreslår att man närmare utreder bemanningsfrågorna i syfte att pröva dessa lösningar.

Kompetensförsörjning och utveckling mot en lärande organisation

Kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen är avgörande frågor – både vad gäller att stärka kvaliteten i verksamheten och att på sikt kunna vara en attraktiv arbetsgivare i att rekrytera. Det finns positiva utgångspunkter i den självbild av kompetensen som redovisas av personalen i arbetsmiljöenkäten liksom den satsning som nu görs via Kompetensfonden och Lärgården. Medarbetarna upplever också just kompetenssatsningarna som en av de mest positiva delarna med jobbet och där kommunaliseringen inneburit stora förändringar.

Samtidigt ställs ökade krav på kompetens – med allt sjukare boende och anhöriga som ställer större krav - medicinsk omvårdnad, demenssjukdomar, bemötandefrågor, dokumentation etc. För äldreboendet (liksom i hemtjänsten) är demenskunnandet viktiga aspekter medan det på sjukhemmet också handlar mycket om ökad medicinskt kunnande och möjligheter till delegering. En långsiktig satsning på kompetens och yrkesutveckling kan också innebära andra fördelningar mellan olika yrkeskategorier.

För att ytterligare öka engagemanget i verksamheten krävs också kompetens som är mer av ”intern” karaktär; förståelse för arbete i grupp och samarbetsförmåga, förståelse och kännedom om den kommunala verksamheten och ekonomin. Detta för att få fungerande samverkan och delaktighet i arbetet.

Med de satsningar som nu görs, inte minst via Lärgården (men också vad vi förstår samarbetet med Ersta/Sköndal), finns en bra grund att stå på inför att gå vidare mot det vi vill kalla för en lärande organisation.

I begreppet lärande organisation ingår att chefer och medarbetare hela tiden håller sig ajour med vad som händer i omvärlden och utvecklar sig i takt med nya krav. I detta finns också lärandemöjligheter för medarbetarna, ”lagom” utmaningar i jobbet, tillgång till kunskap, möjligheter att avsätta tid för samtal och reflektion, men också mer systematisk yrkesutveckling baserad på utvecklingssamtal och individuella kompetensplaner. Allt detta ingår som viktiga element i att öka attraktiviteten i vård- och omsorgsarbetet. Ökad kompetens ger ju också möjligheter till framtida löneutveckling.

Det som är vårt perspektiv – organisation, arbetsformer och ledarskap – bör i hög grad ses i relation till lärandet. Vi vill särskilt lyfta fram några frågor:

Cheferna behöver i högre utsträckning än idag arbeta med medarbetarnas kompetens liksom ge återkoppling på utfört arbete. Bägge dessa faktorer, inte minst den sistnämnda, ges mindre bra resultat i chefsenkäten. Bristande återkoppling blir också tydligt i arbetsmiljöenkäten. Vid gruppintervjuerna kom också synpunkter fram att några chefer hade en dålig bild över vad personalen kunde och inte kunde. Cheferna är nyckelpersoner i att skapa ett lärande klimat; tydliggöra behovet, stödja medarbetarna, skapa utrymme.

Genom den nya resursorganisationen skapas förutsättningar för såväl sjuksköterskornas som paramedicinarnas kompetensutveckling. Dessa är också överlag mer nöjda vad gäller sin kompetensutveckling. Men det är också viktigt att se dessa som kompetensförmedlare och utvecklare relativt övriga medarbetare (vårdbiträden och undersköterskor). Att arbeta med delegering och förtroende är en nyckelfråga. En annan är att utveckla de professionellas pedagogiska förmåga.

Delaktighet är en väsentlig del i den lärande organisationen. För att utveckla delaktigheten krävs åtgärder på flera nivåer. Arbetsplatsträffarna behöver bli mer dubbelriktade och ge utrymme för alla att föra fram sina åsikter. Delaktigheten i planeringsarbetet behöver öka, dels genom att medarbetarna ges en ökad kunskap kring kommunal planering och ekonomi dels genom att deltagandet sker som en naturlig del i arbetet med både planering och uppföljning. Samarbetet i många grupper behöver utvecklas – genom s k teambuilding (att arbeta med gruppen som sådan) men också genom handledning (att få stöd i svåra arbetssituationer). Återigen spelar här chefen en väsentlig roll.

Kopplat till delaktighet är också samhörighet. I dagsläget bedömer vi samhörigheten i grupperna (liksom med de boende) som goda. Men vi tror också att samhörigheten mellan grupperna – inom respektive boenden och huskroppar (Edö respektive Farsta sjukhem) – behöver öka. Detta har dels ett rent socialt värde – att känna tillhörighet. Men på sikt tror vi också att detta kan vara ett led i att öka kunskapen om varandra och möjligheterna till att röra sig mellan olika grupper.

Idag är rörligheten begränsad mellan grupper och avdelningar. Viss påtvingad rörlighet har skett (i syfte att lösa personalproblem). En mer naturlig rörlighet tror vi skulle både förbättra kompetensutvecklingen (man lär av nya) och flexibiliteten (möjlighet att hjälpa varandra över gränserna när behov finns). Vårt förslag om personalpool kan också spela viss roll i detta.

Chefsutveckling

Utifrån resultaten av chefs- och arbetsmiljöenkäten kombinerat med de erfarenheter vi fått genom grupp- och chefsintervjuer vill vi föreslå följande kring gemensam utveckling av chefer (den individuella chefsutvecklingen baserad på chefsenkäten hanteras i chefsåterkopplingen för varje chef för sig):

- Såväl på Farsta sjukhem som på Edö äldreboende bör insatser som syftar till utveckling av respektive ledningsgrupp genomföras. Exempel på lämpligt innehåll är kommunikation, feed back och konflikthantering.

Sådana insatser kommer att få dubbla effekter då de dels utvecklar samarbete inom ledningsgruppen, dels ger cheferna ökad kompetens för att hantera de egna personalgrupperna.

- Utifrån diskussionerna kring chefsroller , lärande och delaktighet mm kring förbättringsområden kan vi också se behov av gemensam ledarskapsutveckling när det gäller genomförande av arbetsplatsträffar och utvecklingssamtal, lärande och coachande (stödjande) ledarskap. Här skulle man eventuellt kunna pröva chefsnätverk där man involverar andra chefer inom äldreomsorgen (och ev omsorgen om funktionshindrade)

6. Lista över förbättringsförslag

I våra intervjuer har vi fått ett antal förslag till förbättringar som vi inte tagit upp i våra förslag till förbättringsområden – antingen därför att de legat lite utanför vårt uppdrag eller att det skulle leda för långt att konkretisera dem. För att de inte ska ”ramla mellan stolarna” beskrivs de nedan. Vi gör inga värderingar av dessa förslag utan redovisar dem rakt upp och ner för respektive äldreboendet och sjukhemmet. Vi vill också peka på de förslag som har redovisats i de öppna svaren på arbetsmiljöundersökningarna. Vi tror det är viktigt att en process inleds där man försöker lösa flera av dessa ofta mer enkla frågor. Det skapar trovärdighet i det fortsatta arbetet.

Förslag från Edö – grupp- och chefsintervjuer

- Finns det möjlighet att utnyttja den administrativa tjänsten bättre?
- Hitta former för ett mer konkret arbete med kvalitetsutveckling
- Se till att det finns vikarier vid utbildning och följ upp utbildning för att se att den gett resultat
- Bättre inköpsplanering, fråga personalen vad som behövs
- Gemensamma arbetskläder
- Tvättmaskin och tumlare på(ålderdomshemsavdelning)
- Tillgång till dator
- Mer hjälp från sjukgymnasten på avdelningarna
- Bättre information om personalförflyttningar
- Personal med vid anställningsintervjuer
- Bättre hygien och städning, personalutrymmen och allmänna ytor

Förslag från Farsta sjukhem – grupp- och chefsintervjuer

- Bättre personalutrymmen
- Bättre duschar, nya spolar, fler vågar, nya duschvagnar, ny köksutrustning
- Mer aktiviteter för de boende
- För många dubbelrum
- Mindre krav på dokumentation (korttidsboendet)
- Pedagogiska måltider
- Bättre larmsystem eller information om larmsystemet
- Bättre möjlighet att gå in på datorerna