

Rapport

Delprojekt kompetens - Rehabiliterande arbetssätt

Delprojektägare: Lena Larsson
Delprojektledare: Theresa André
Delprojektmedarbetare: Åsa Erkers, Susanne Eklund, Jenny Nygårds,
Jasmina Mann, Inga Blomstrand, Annika Sölveling, Lena Almquist och
Agneta Nilsson.



Sammanfattning

En av förutsättningarna för omställningen till ett rehabiliterande arbetssätt är att medarbetarna har kompetens för att arbeta på det nya sättet. Uppdraget inom delprojektet kompetens har varit att ta fram ett förslag till kompetensförsörjningsplan och dess genomförande. Berörda verksamheter är vård och omsorg och funktionshindrade inom programområdet Social välfärd, samt Myndighetsavdelningen. I ett första steg har kunskapsinhämtning, kartläggning och inventering genomförts för att få en bild av nuläget. Som utgångspunkt för kompetenskartläggningen har berörda yrkesgrupper identifierats och generella kompetensbehov tagits fram. Detta för att få en bild av det kompetensgap som råder. Materialet har kompletterats med djupintervjuer med olika professionella för att få röster kring aktuell problematik och därmed inspel på teman för kompetensutveckling.

Kompetensanalysen visar att det råder stora variationer i kompetensläget såväl inom som mellan olika yrkesgrupper. Eftersom variationerna är stora har kompetensbristen inte kunnat definieras för varje yrkesgrupp. Den kompetensförsörjningsplan som levereras har en övergripande inriktning på kompetensområden som behöver stärkas, för berörda yrkesgrupper och för chefer. För yrkesgrupperna handlar det främst om kunskaper i rehabiliterande arbetssätt, teambaserat och tvärprofessionellt samarbete, arbetet med målformuleringar, uppföljnings- och dokumentationskunskap, samtalsmetodik samt fördjupade kunskaper om hälsofrämjande arbete, där inte minst samarbetet med civilsamhället bör uppmärksammas. Chefer, vilka har en nyckelroll i implementeringen behöver kompetens i att leda ett förändringsarbete. De behöver även ha insikt i den kompetensutveckling som ges till medarbetare för att kunna leda och stödja i det nya arbetssättet. Att som chef vara väl grundad i strategin och modellen för arbetssättet, blir viktiga förutsättningar för ett framgångsrikt förändringsarbete. Även chefers kompetens i att skapa en lärande organisation, ha ett coachande förhållningssätt och tillämpa ett tillitsfullt ledarskap anses viktigt.

Kompetensbehov som återfinns i denna slutrapport är förslag som närmare kommer utforskas i samband med testning av modellen, som kommer genomföras utifrån olika ”fall”. Kompetensbehoven kan därefter behöva anpassas och kompetensanalysen kompletteras, vilket kan få en inverkan på föreslagen kompetensförsörjningsplan. Först när den övergripande planen är helt fastlagd kan konkreta kompetensutvecklingsplaner utvecklas, dels per yrkesgrupp inom respektive verksamhetsområde, dels på individnivå. När det gäller själva metoderna för genomförande av kompetensutveckling är den bärande idén att teori varvas med praktik och där dialogen bör vara i fokus. Kollegialt lärande är en sammanfattande term för olika former av professionsutveckling, där kollegor genom strukturerat samarbete tillägnar sig kunskaper i den dagliga praktiken. Även andra metoder för utveckling av kompetens och lärande behöver ses över och erbjudas, såsom kollegial handledning. Självklart bör även digitala utbildningar användas men bör kombineras med strukturerade samtal och dialog inom och mellan yrkesgrupper.

Eftersom chefer innehar rollen som förändringsledare bör dessa få kompetensutveckling i ett första skede för att kunna leda implementeringen av ett rehabiliterande arbetssätt. Vidare finns behov av en förändringsorganisation som är tydlig med syfte, gemensam målbild och plan för implementering.

Innehåll

Bakgrund	4
Metod	4
Kompetensutveckling som begrepp	5
Rehabiliterande arbetssätt	5
Resultat av kunskapsinhämtning, inventering kartläggning	6
Kompetensutvecklingsarbetet inom förvaltningarna	6
Berörda yrkesgrupper	7
Formella utbildningar och kompetensutvecklingsinsatser	7
Kompetensanalys	8
Kompetensbehov yrkesgrupper och chefer	8
Kompetenskartläggning yrkesgrupper	8
Kompetenskartläggning chefer	15
Kompetensgap	19
Djupintervjuer yrkesgrupper	22
Förändrade förutsättningar och bristande arbetsmiljö	22
Teman för kompetensutveckling enligt de intervjuade	23
Sammanfattande analys	24
Stora variationer	24
Yrkesgrupper och formella utbildningsinsatser	25
Kompetensanalysen	25
Kompetensplanering och kompetensutveckling	26
Metodik för lärande	27
Genomförande och förslag i det fortsatta arbetet	27
Bilagor	
Bilaga 1: Yrkesgrupper	
Bilaga 2: Kompetensbehov för yrkesgrupper och chefer	
Bilaga 3: Definierade formella kompetensbehov	
Bilaga 4: Djupintervjuer	
Bilaga 5: Kompetensförsörjningsplan	

Bakgrund

I Örebro kommuns ”Övergripande strategier och budget 2016” anges att kommunen under 2016 ska starta ett utredningsarbete om ett mer rehabiliterande arbetssätt inom programområde Social välfärd, områdena vård och omsorg samt funktionshindrade. Det skulle innebära såväl ökad livskvalitet för medborgaren som ett effektivare resursutnyttjande. Utredningsarbetet resulterade i en strategi för införandet av ett rehabiliterande arbetssätt och beslutades av Kommunstyrelsen i februari 2017.

Ett projekt, med fem olika delprojekt, startades hösten 2017, i syfte att utreda, se till förutsättningar för och ta fram förslag på vad som behöver göras för att kunna implementera ett rehabiliterande arbetssätt. En av förutsättningarna för omställningen till ett rehabiliterande arbetssätt är att medarbetarna har rätt kompetens att arbeta på det nya sättet.

Delprojektet för kompetens ska ta fram ett förslag till kompetensförsörjningsplan, med kompetensanalys, kompetensplanering och förslag till genomförande. För att få en bild av nuläget har kunskapsinhämtning, kartläggning och inventering genomförts. Berörda yrkesgrupper har identifierats och kompetensbehov för ett rehabiliterande arbetssätt har tagits fram, såväl för berörda yrkesgrupper som för chefer. Resultatet av detta arbete presenteras i följande rapport.

Metod

Den inledande fasen har haft fokus på att inhämta kunskap, kartlägga och inventera ett nuläge. Berörda yrkesgrupper har identifierats och prioriterats med fokus på dem som arbetar direkt och nära medborgaren och där ett rehabiliterande arbetssätt är som mest påtagligt.

Metod för den inledande inventeringen och kartläggningen har varit samtal och djupintervjuer, med dem som idag arbetar med kompetensförsörjningsfrågor i förvaltningarna. Vi har även inhämtat statistik och fakta om grunduppdrag, kompetensbehov och kompetensutvecklingsinsatser för olika yrkesgrupper.

För att ta fram materialet har projektgruppen använt sig av Ledningssystem för Kompetensförsörjning, Svensk Standard. Kompetensanalysen har gjorts med två målgrupper, dels berörda yrkesgrupper, dels chefer. Kompetenskartläggningen har skett genom workshops och projektgruppen utgick från följande frågeställningar:

1. Vilka synpunkter har ni på föreslaget kompetensbehov för ett rehabiliterande arbetssätt?
2. Vilka formella kompetenser finns/saknas hos yrkesgruppen idag utifrån kompetensbehovet och vilken kompetensnivå behövs framåt?
3. Vilka informella kompetenser (egenskaper, beteenden) anses viktigast att besitta för ett rehabiliterande arbetssätt?

4. Vilka behov av åtgärder & kompetensutvecklingsinsatser behövs för att kunna arbeta utifrån ett rehabiliterande arbetssätt?

Kompetensutveckling som begrepp

Innebörden i begreppet kompetens är enligt ordboken: skicklighet, behörighet, duglighet. Kompetensutveckling kan handla om kunskap, förståelse, förtrogenhet, förhållningssätt, kommunikation och kloka möten. Det är komplext och mångfacetterat och beror på kontexten. Utbildningsföretag marknadsför kompetensutvecklingspaket, arbetsgivare och kommunala verksamheter erbjuder kompetensutveckling för personal och genom politiska beslut satsas nationellt på kompetenslyft (jmf Mattelyftet, Läslyftet inom skolan). Den anställdes arbete kan i sig innehålla lärande moment och i den bästa av lärande organisationer med bra återkoppling och handledning sker en kontinuerlig kompetensutveckling.

I ett förändringsarbete är frågor kring förändringar och förnyelser av personalens kompetens ovärderligt. Det handlar i viss utsträckning om att lära nytt och i arbetssätt göra nytt men också om att lära sig att betrakta det man gör ur nya perspektiv, dvs hur man gör. Rehabiliterande arbetssätt kan vara en del av en grundutbildning men där nya perspektiv genom samhällets förändring kan ha tillkommit genom åren och som därför behöver reflekteras över. I ett visst skede av organisationsförändringar inom Örebro kommun kan man kanske till och med tala om kompetensutveckling (t ex teamsamarbetet som försvann något man i alla lärande organisationer behöver vara vaksam på¹).

Många påpekar hur viktig sammanhanget är när det gäller kompetensutveckling och att man med berörda kommer överens om både mål och medel när det gäller satsningar. Det handlar om *vad* som den anställde ska fördjupa sig i men inte minst *hur* denna fördjupning ska genomföras.

Kompetensutveckling matchas i ett förändringsarbete mot nya behov och dessa behov rör ytterst medborgarens behov (inflytande, självständighet, kontroll mm) men också personalens behov som kan vara delvis andra (bättre arbetsmiljö, lönevillkor, ledarskap, etik mm) samt verksamhetens behov (internt styrningsarbete, teamarbete, lärande organisation). Kompetensutveckling kan självfallet också vara en faktor som kan utmana rådande organisation och resursramar, bli en kraft för att förbättra situationen för medborgaren men också personalens egna arbetsvillkor. Kompetensutveckling kan i ett framtidsperspektiv bli allt viktigare för att kunna hitta nya sätt att arbeta men också att stärka tidigare kompetenser för att hantera en kontinuerlig förändring.

Rehabiliterande arbetssätt

Ett rehabiliterande arbetssätt innebär att alla yrkeskategorier sluter upp med insatser vid rätt tidpunkt i en aktiv samverkan för att ge den enskilde möjligheten att dirigera sin egen rehabilitering utifrån egna mål och resurser i en ständig process. Den enskilde ska hitta

¹ Se djupintervjuer bilaga 4

tillbaka till det som är viktigt i livet, att klara vardagen och ges möjligheter till aktivitet och delaktighet i samhällslivet.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete är basen som ska förhindra eller senarelägga ett mer omfattande behov av insatser. Det ska även ske i samverkan med det civila samhället och genomsyra all verksamhet och kompletteras med vardagsrehabilitering samt vid behov specifika rehabiliteringsinsatser.

Begreppet rehabiliterande arbetssätt innefattar rehabilitering, habilitering, hälsofrämjande och förebyggande. Rapporten tar sin utgångspunkt i begreppet rehabiliterande arbetssätt i enlighet med strategins definition.

Resultat av kunskapsinhämtning, inventering och kartläggning

Kompetensutvecklingsarbetet inom förvaltningarna

Förvaltningen för funktionshindrade och Förvaltningen för vård och omsorg ansvarar för arbetet med kompetensutveckling, kopplat till budget- och verksamhetsplanearbetet. Det finns en uppbyggd rutin för hur behovs- och kompetensinventering ska göras inom förvaltningarna, dels löpande, dels i samband med nyanställning. Rutin för registrering av kompetenser finns endast inom vård och omsorg.

Individuella behov av kompetensutveckling lyfts i utvecklingssamtalet och chefen förmedlar sedan behovet vidare till de som arbetar med kompetensfrågor i förvaltningarna. Där planeras genomförande av utbildningsinsatser, alltifrån introduktionsutbildningar för nyanställda till fördjupade utbildningar och specialistutbildningar kopplade till kompetenstrappor för specifika yrkesgrupper. Utbildningarna är såväl fysiska som digitala e-utbildningar. Efter genomförda kompetensutvecklingsinsatser ska kompetensen registreras av chef i personalsystemet, i syfte att få en samlad bild av kompetensläget.

Ett utvecklingsarbete pågår inom funktionshindrade med att kartlägga alla utbildningar och dess innehåll. De undersöker möjligheter till fler digitala utbildningar, med varvning av teori och praktik för att få till ett lärande. Kvalitetsledningssystem har köpts in och finns hos båda förvaltningarna, för att bättre kunna inventera behov och se till insatser för kompetensutveckling. Arbetet har inte utvecklats vidare.

Kompetensinventeringen finns således i teorin men inte fullt ut i praktiken. Det brister i de delar som handlar om att inkomma med behov och registrera kompetens. Arbetet har haft fokus på behovet av kompetensutveckling utifrån ett nuläge och har inte tagit sikte på en långsiktig kompetensförsörjning. Utifrån framkomna brister har inte en inventering och kartläggning av befintligt kompetensläge per yrkesgrupp kunnat genomföras.

Berörda yrkesgrupper

Sammantaget finns det ca 40 yrkesgrupper som på olika sätt berörs av införandet av ett rehabiliterande arbetssätt (Bilaga 1). Utöver dessa finns även fysioterapeuterna, som är knutna till Örebro region län och som är viktiga samarbetspartners med yrkesgrupper i kommunen. En prioritering av yrkesgrupperna har gjorts. Fokus har lagts på de större yrkesgrupperna, som arbetar direkt och nära medborgaren och som främst berörs av införandet av ett rehabiliterande arbetssätt. Utöver dessa har chefsgruppen hanterats separat.

För varje yrkesgrupp har en sammanfattning tagits fram, som visar kompetensbehovet utifrån ett nuläge, såväl formellt som informellt, d.v.s. personliga egenskaper och förmågor. Sammanfattningarna innehåller även formella utbildningskrav, statistik, befintliga kompetensutvecklingsinsatser och framtagna kompetenstrappor för de yrkesgrupper där det finns. Sammanfattningarna har tagits fram för att få en övergripande bild av kompetensbehovet för de olika yrkesgrupperna.

Formella utbildningar och kompetensutvecklingsinsatser

Yrkesgrupperna har olika krav på nivå av formell utbildning. För omvårdnads- och baspersonal såsom undersköterska, boendestödjare, stödbiträde, fritidsassistent, personlig assistent samt handledare daglig verksamhet krävs gymnasieutbildning från omvårdnads- eller barn & fritidsprogrammet. För yrkesgrupperna boendepedagog/pedagog daglig verksamhet, fritidspedagog och specialpedagog krävs relevant högskoleutbildning med pedagogisk inriktning. Arbetsterapeut och sjuksköterska har legitimationskrav på högskoleexamen och även bostadsanpassare och utskrivningssamordnare ställer krav på utbildning som arbetsterapeut eller sjuksköterska. Inom Förebyggande enheten skiljer sig kravet på formell kompetens åt, här finns fler s.k. fåmansyrken, med unika kompetenser. Övriga yrkesgrupper som ställer krav på högskoleutbildning är seniorlotsar, biståndshandläggare och gruppleddare².

I delprojektet har en översyn och kartläggning gjorts av vissa formella utbildningar och befintliga kompetensutvecklingsinsatser, för att se om rehabiliterande arbetssätt finns integrerat. De formella utbildningarna är omvårdnadsprogrammet, högskoleutbildningarna för arbetsterapeut, sjuksköterska, fysioterapeut, socionom och beteendevetare. Kartläggningen visar att den teoretiska sakkunskapen inom rehabilitering, liksom det hälsofrämjande perspektivet ingår som en del av innehållet i omvårdnadsprogrammet och i högskoleutbildningarna inom vårddyrkena. Arbetsterapeuter har en nyckelroll i rehabiliteringsarbetet, vilket också framgår av utbildningen. Fokus läggs på det rehabiliterande arbetssättet, genom interprofessionellt lärande, d.v.s. förståelse för sin egen och andras yrkesroller och hur dessa samverkar. Även sjuksköterskeutbildningen innehåller delar kopplat till teambaserat arbetssätt och samverkan med andra yrkesgrupper. Däremot framgår inte den tvärprofessionella samverkan lika tydligt i omvårdnadsprogrammet och fysioterapeututbildningen.

Även en kartläggning över befintliga kompetensutvecklingsinsatser för yrkesgrupper inom

² Inom Myndighetsavdelningen

funktionshindrade och vård och omsorg är gjord. Det genomförs utbildningar idag, som har bäring på rehabilitering och rehabiliterande arbetssätt; t ex introduktion vardagsrehabilitering (webb), strokekompetens, manuell förflyttning, motiverande samtal, samordnad individuell vårdplanering (SIP) genomförandeplaner, integrerad psykiatri och kognition och arbetssätt³.

Även om förutsättningar för teoretisk kunskap om rehabilitering och rehabiliterande arbetssätt ges, genom formell utbildning, är omsättningen av kunskapen något annat. Ofta finns inte förutsättningar för t ex teamsamverkan mellan professioner, vilket hindrar möjligheten till ett rehabiliterande arbetssätt. Nyutbildade som ska introduceras lärs upp av medarbetare som tillämpar befintliga metoder och arbetssätt, som inte alltid är knutna till kunskaper förvärvade genom utbildning. För arbetsterapeuter finns en handledarutbildning i samband med praktik för studenter, men det framgår inte om innehållet i utbildningen stödjer ett rehabiliterande arbetssätt. Vid ett införande av rehabiliterande arbetssätt är det av stor vikt att praktikanter ges möjlighet till träning och tillämpning för att i tidigt skede få kunskap.

Kompetensanalys

En kompetensanalys, enligt Ledningssystem för Kompetensförsörjning, Svensk Standard, är gjord för målgrupperna yrkesgrupper och chefer. Kompetensanalysen består av tre delar; framtagande av framtida *kompetensbehov* kopplat till rehabiliterande arbetssätt, *kartläggning* av befintlig kompetens utifrån fastställt kompetensbehov, följt av en *gapanalys* som grund för *kompetensplanering*.

Kompetensbehov yrkesgrupper och chefer

Med utgångspunkt i strategin har delprojektet tagit fram övergripande och generella kompetensbehov kopplat till arbetssättet, dels för identifierade yrkesgrupper, dels för chefer (Bilaga 2). Kompetensbehoven består av formell kompetens, d.v.s. kunskaper och kompetenser som behöver finnas samt informell kompetens, d.v.s. personliga egenskaper, förmågor och beteenden. De formella kompetenserna är definierade av projektgruppen (Bilaga 3). Utifrån fastställda kompetensbehov har kvalitativa kompetenskartläggningar genomförts genom två workshops, en med representanter från berörda yrkesgrupper och en med representanter från chefsgrupper.

Kompetenskartläggning yrkesgrupper

Workshopen med yrkesgrupper genomfördes i sex grupper, såväl yrkesspecifika som tvärfunktionella. Deltagarna kom från berörda förvaltningar, Myndighetsavdelningen och privata/externa företag kopplat till Lagen om valfrihetssystem. Resultatet från workshopen med yrkesgrupper har sedan stämts av med cheferna i deras efterföljande workshop. Där fick de även bedöma kompetensnivån för respektive kompetensbehov enligt följande nivåer:

- *Grundläggande* – har grundkunskaperna, kan använda sig av den men behöver rådfråga och få stöd, inhämta kunskap från andra

³ Tidigare benämnd VISA

- *Goda* – har bra kompetens, kan agera självständigt och hanterar normalt förekommande arbetsuppgifter på ett bra sätt, kan behöva stöd vid komplexa frågeställningar
- *Fördjupade* – har hög kompetens, omfattande förståelse, stor erfarenhet, hanterar och löser komplexa frågeställningar, blir ofta rådfrågad, kan vägleda andra

Följande frågeställningar belystes enligt nedan:

1. Vilka synpunkter har ni på föreslaget kompetensbehov för ett rehabiliterande arbetssätt?

Överlag instämde yrkesgrupperna att kompetensbehovet i sin helhet täcker in de kompetenser som behövs. De synpunkter som framkom är att en del kompetenser, som kunskaper i Treserva är mer en grundförutsättning för arbetet än att de behövs för rehabiliterande arbetssätt. Deltagarna kommer snabbt in på bristande förutsättningar som hindrar, vilket kan påverka kompetensnivån. Det handlar om olika dokumentationssystem, avsaknad av tid och möjlighet till teamsamarbete. Inom Myndighetsavdelningen tycker de att det saknas kompetensbehov med anknytning till värdegrunden, där det i strategin framgår att det ska finnas en gemensam sådan för arbetssättet. Idag finns det separata värdegrunder inom förvaltningarna.

2. Vilka formella kompetenser finns/saknas hos yrkesgrupperna idag utifrån kompetensbehovet och vilken kompetensnivå finns/behövs framåt?

Kunskaper om vardagsrehabilitering & rehabiliterande arbetssätt

Undersköterskorna och sjuksköterskorna menar att de överlag har grundkunskapen inom detta. Sjuksköterskorna uttrycker att de ibland faller in i att vårda istället för att stödja. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter anser att de har en fördjupad kunskap, medan seniorlotsarna, som har olika formella kompetenser säger att det brister hos en del. Cheferna tycker att kunskapen hos såväl undersköterskor som sjuksköterskor finns och är god inom vård- och omsorgsboendena men att den brister inom hemvården. När sjuksköterskor från bemanningsföretagen kommer in och arbetar tycker cheferna att kunskapen tenderar att brista. Annars instämmer cheferna med övriga yrkesgruppers upplevelser av kompetens och bedömer att kompetensnivån för undersköterskor, sjuksköterskor och seniorlotsar behöver vara god/fördjupad och fördjupad för fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Boendestödjare och personliga assistenter anser att de har kompetens inom vardagsrehabilitering men att de saknar kunskap om det rehabiliterande arbetssättet, vilket också stärks i dialogen med cheferna som ser att det finns individuella skillnader. Det kan förklaras av att utbildningsinsatser har kopplats till behoven, som skiljer sig åt beroende på vilken individ som får stöd. Cheferna säger att boendestödjare utför sitt arbete med utgångspunkt från individens behov men inte utifrån ett tvärprofessionellt arbetssätt enligt strategin. För personliga assistenter finns det en lagstiftning som försvårar rehabiliterande arbetssätt, säger individen nej måste assistenten förhålla sig till det. Det kan också finnas en rädsla hos individen att rehabiliteras för mycket med risk att bli av med assistansen. Även pedagoger (boendepedagog, fritidspedagog, pedagog/handledare daglig verksamhet) och pedagogisk verksamhetsutvecklare (PUT) tycker att de har kunskap inom

vardagsrehabilitering men att de saknar kunskaper om rehabiliterande arbetssätt. Det stärks också i dialogen med chefer, som bedömer att kompetensnivån bör vara god för boendestödjare och personliga assistenter, men fördjupad för pedagoger och PUT.

Biståndshandläggare, gruppledare, boendesamordnare säger att det finns goda kunskaper om såväl vardagsrehabilitering som rehabiliterande arbetssätt. LSS⁴/SoL⁵ handläggare och gruppledare upplever att de har grundläggande kunskaper. Cheferna bedömer dock att det skiljer sig åt och att det saknas till viss del hos såväl nyutbildade som erfarna. De lyfter även fram att det framförallt saknas kunskap om skillnad mellan vardagsrehabilitering och rehabiliterande arbetssätt. Utskrivningssamordnare upplever att det finns grundläggande kunskap vilket också stärks av cheferna. De bedömer att kompetensnivån för biståndshandläggare, gruppledare, boendesamordnare och utskrivningssamordnare bör var god, men fördjupad för LSS/SoL handläggare.

Kunskaper om målformulering (sätta mål, omsätta, utvärdera & följa upp)

Undersköterskorna anser att kunskaper om målformulering finns till viss del. En del uppger att de inte formulerar mål utan ska omsätta de mål som satts av arbetsterapeut i de planer som finns kopplat till individen. Även kunskaper om utvärdering & uppföljning finns men det fungerar olika. Sjuksköterskorna tycker att de har en god kunskap. De arbetar dagligen med målsättningar i vårdplaner, utvärderar och följer upp löpande med individen och i dialog med övriga professioner inom t ex hemtjänstgruppen. Arbetsterapeuterna säger att, en del av deras grundprofession är att göra målformuleringar och anser därför att deras kunskap är fördjupad. Det gäller även för fysioterapeuter och seniorlotsar, men att det ibland saknas systematik i arbetssättet. Chefer instämmer i yrkesgruppernas upplevelser av kompetensen. De är överens om att detta är den stora utmaningen, att kunna sätta mål och genom dialog bryta ner dem för att omsätta i aktiviteter. De bedömer att kompetensnivån bör vara god till fördjupad för undersköterskor och seniorlotsar men fördjupad för arbetsterapeuter, sjuksköterskor och fysioterapeuter.

Boendestödjare och personliga assistenter tycker att det finns grundläggande kunskaper, men att de behöver stärka sin kompetens ytterligare. De arbetar med delaktighet kopplat till målplaner men det efterlevs inte fullt ut. För personliga assistenter är det en utmaning att få individen delaktig i att sätta mål. Många vill inte och lagstiftningen inom området ställer heller inga krav på det. Här är det aktuell chef som sätter målen utifrån input från den personliga assistenten, men det görs endast om individen vill. Pedagogerna och PUT säger att de arbetar mycket med målformuleringar och att de även coachar boendestödjarna varför de tycker att de har en fördjupad kunskap. Pedagogerna uppger att kompetensnivån kan skilja sig åt beroende på verksamhetsområde och PUT upplever att de saknar kunskaper i metod för utvärdering och uppföljning, men att det finns mallar & rutiner som de arbetar utifrån. Cheferna instämmer med yrkesgruppernas upplevelser, men att det för personlig assistans främst handlar om förutsättningar som idag saknas kopplade till lagstiftning. Cheferna bedömer att kompetensnivån bör vara god för boendestödjare och personliga assistenter, men fördjupad för pedagoger och PUT.

Biståndshandläggare, gruppledare och boendesamordnare anser att kunskapen inom området är god, att kunskaper om utvärdering och uppföljning finns men att det fungerar

⁴ Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade

⁵ Socialtjänstlagen

olika. Det saknas kunskaper utifrån att verktyg inte finns som stöd i att sätta mål och bryta ner till delmål. Handläggare LSS/SoL och gruppledare tycker att det finns grundläggande kunskap hos de handläggare som fattar beslut enligt SoL men inte hos LSS handläggare. För utskrivningssamordnare saknas kunskapen helt. Cheferna instämmer i samtliga yrkesgruppers upplevelser och bedömer att kompetensnivån bör vara fördjupad för samtliga yrkesgrupper.

Kunskaper i IBIC⁶

Samtliga yrkesgrupper inom vård och omsorg samt funktionshindrade uppger att de saknar kunskaper i IBIC, vilket kan förklaras av att det inte är implementerat än. För boendestödjare finns behov av att utveckla ett brukarfokus och knyta till genomförandeplaner och målplaner etc. Arbetsterapeuterna arbetar redan, på olika sätt, med detta idag. Cheferna säger att, eftersom IBIC inte är implementerat än, så finns inte förutsättningarna för att ha kunskap om modellen i sig. Chefernas bedömning är att kompetensnivån bör vara grundläggande/god för boendestödjare, god för pedagoger, PUT och för personliga assistenter. För seniorlotsar bör nivån vara god, för undersköterskor god/fördjupad och för arbetsterapeut, sjuksköterska och fysioterapeut fördjupad.

Samtliga yrkesgrupper inom Myndighetsavdelningen upplever att grundkunskaper finns utifrån handläggningsprocessen, men att det saknas kunskap i att ta fram mål tillsammans med medborgaren. Arbets sättet idag innebär att formulera insatser och inte mål och där blir IBIC en form av helomvändning. Cheferna instämmer och uppger att det saknas kunskaper om att sätta mål tillsammans med medborgaren, främst med gruppen barn. Bedömningen är att fördjupad kompetens behövs hos alla yrkesgrupper.

Dokumentationskunskap (skriva journalanteckningar i utförandedelen)

Undersköterskorna tycker att kunskapen finns till viss del, det finns individuella skillnader och förutsättningarna finns inte alltid med tanke på den tidsbrist som förekommer inom hemvården. Det handlar också om kvaliteten på det som dokumenteras, som skiljer sig åt. Den behöver vara kort och koncis och kopplad till målen för individen, vilket den inte alltid är. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och seniorlotsar menar att kunskapen är god, utifrån att dokumentation görs löpande i det dagliga arbetet kopplat till olika planer. Däremot anser fysioterapeuten att dokumentationen är ett problem eftersom det finns begränsningar i dokumentationssystemen. Även om de har kunskap finns således inte förutsättningarna. Samtliga chefer instämmer med yrkesgrupperna och ser överlag att kompetensen behöver förbättras inom området. Kompetensnivån bör vara grundläggande hos seniorlotsar, god hos undersköterskor och fördjupad hos resterande yrkeskategorier.

Boendestödjare upplever att kunskapen finns men att den bör utvecklas, både vad som ska dokumenteras och hur. Det förutsätter såväl systemkunskap som dokumentationskunskap. Personliga assistenter saknar kunskapen överlag eftersom det är aktuell chef som dokumenterar. Förutsättningarna finns inte heller eftersom de saknar digitala verktyg, det blir istället handskrivna anteckningar. Boendepedagoger, pedagoger daglig verksamhet och PUT anser att kunskapen finns, däremot tycker pedagoger inom fritids, barn och ungdom att det inte alltid finns förutsättningar pga. tidsbrist. Samtliga chefer instämmer med yrkesgruppernas upplevelser och att den hos vissa yrkesgrupper

⁶ Individens behov i centrum

behöver stärkas, att kompetensnivån bör vara god hos boendestödjare och personliga assistenter, men fördjupad hos pedagoger och PUT.

Samtliga yrkesgrupper inom Myndighetsavdelningen menar att kunskapen finns överlag och att många nyutbildade handläggare har med sig goda kunskaper. Cheferna instämmer i detta, kunskapen finns men behöver utvecklas för att vara fördjupad.

Kunskaper i samtalsmetodik

Undersköterskorna anser att kunskapen finns inom vissa enheter men saknas inom andra. Även om det finns bra samtalsguider har många svårt med att tillämpa dem i praktiken. Sjuksköterskor och arbetsterapeuter upplever att det saknas överlag, eftersom de inte fått någon utbildning i t ex Motiverande Samtal⁷ (MI). Däremot tycker fysioterapeut att kunskapen är god, förvärvad genom formell utbildning. Hos seniorlotsarna skiljer det sig åt, vissa har kunskap genom utbildning i MI medan andra saknar det. Cheferna inom hemvården instämmer med yrkesgrupperna om att kunskapen behöver utvecklas där, medan övriga chefer bedömer att kunskapen inom boenden/korttid är fördjupad eftersom de kan arbeta i team. Cheferna bedömer att kompetensnivån bör vara god hos samtliga yrkesgrupper förutom seniorlotsar som bör ha fördjupad kunskap.

Boendestödjarna säger att kunskaperna finns till viss del, eftersom de har en roll i teamet, men det är pedagogen som kommer in och leder själva samtalet. De uttrycker att kunskapen skiljer sig åt. Det finns de som har utbildning i samtalsmetodik medan andra saknar det. Det grundar sig också i att utbildning getts utifrån behov och inte generellt för alla. Personliga assistenter menar att det saknas kunskap överlag utifrån avsaknad av utbildning. Pedagogerna tycker att det finns fördjupade kunskaper eftersom de får löpande påfyllning för att kunna stödja andra yrkesgrupper. Det gäller även för PUT, som tycker att de kunskaperna är goda. Cheferna instämmer med yrkesgruppernas upplevelser, det finns ett utvecklingsbehov hos boendestödjare och personliga assistenter, men även viss påfyllning behövs för PUT. Cheferna bedömer att kompetensnivån framåt bör vara god för boendestödjare och personliga assistenter, samt fördjupad för pedagoger och PUT.

Samtliga yrkesgrupperna inom Myndighetsavdelningen anser att de har kunskaper i samtalsmetodik, genom MI. Cheferna instämmer och uppger att det finns forum på avdelningen och funktioner som är ambassadörer som driver arbetet med utveckling av metoden. Cheferna bedömer att kompetensnivån bör vara fördjupad för alla yrkesgrupper.

Kunskaper om Folkhälsans fyra grundpelare kopplat till hälsofrämjande och förebyggande insatser⁸

Kunskaper om Folkhälsans fyra grundpelare är en utgångspunkt för arbetet och finns som en naturlig del hos samtliga yrkesgrupper inom vård och omsorg, men att det hälsofrämjande arbetet behöver tydliggöras. Undersköterskorna tycker att de har en grundläggande kunskap och sjuksköterskorna att de har en god kunskap. Arbetsterapeuter och seniorlotsar upplever att de har en fördjupad kunskap främst utifrån att grundpelarna kopplar an till arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser. Fysioterapeuten upplever att kunskapen är god och att perspektivet alltid finns med som en naturlig del i

⁷ Motiverande intervju

⁸ Goda matvanor, meningsfulla aktiviteter, social samvaro & fysisk aktivitet

samtal med individen. Cheferna instämmer med yrkesgruppernas bedömning och att kompetensnivån framåt bör vara god hos undersköterskor, fördjupad för sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och seniorlotsar.

Enligt boendestödjare finns kunskaper på grundläggande nivå, medan personliga assistenter, pedagoger och PUT anser att de har goda kunskaper. Cheferna lyfter att personliga assistenter inte kan arbeta lika motiverande med detta, kopplat till lagstiftningen och individens egen vilja. I övrigt instämmer cheferna i yrkesgruppernas bedömning av kompetens och bedömer att kompetensnivån framåt bör vara grundläggande/god för boendestödjare och personliga assistenter samt goda för pedagoger och PUT.

Flertalet yrkesgrupper inom Myndighetsavdelningen tycker att de har grundläggande kunskaper, utifrån att perspektivet ingår som en naturlig del och utgångspunkt för arbetet. Innebörden av det hälsofrämjande arbetet behöver emellertid fördjupas eftersom en viss förvirring i begreppen råder mellan hälsofrämjande och förebyggande. Begreppen hälsofrämjande och individens egenmakt behöver särskilt belysas i teori och praktik. Det är främst LSS/SoL handläggare och gruppleddare som tycker att de saknar kunskap. Cheferna ser att det kan finnas brister i kompetens trots att det ingår i introduktionen av nyanställda. De anser att kompetensen finns inom boendestöd, där de arbetar med att upprätthålla funktioner genom olika aktiviteter. Cheferna bedömer att kompetensnivån bör vara fördjupad för alla yrkesgrupper.

Kunskaper i teambaserat arbetssätt, tvärprofessionellt samarbete och reflektion

Undersköterskorna menar att kunskapen finns i och med att det finns ett fungerande arbetssätt på hemmaplan, dock inte inom hemvården, där det brister främst i det tvärprofessionella samarbetet. Sjuksköterskorna tycker att kunskapen är grundläggande till god, men understryker att förutsättningarna inte finns. Att reflektera är svårt att få till i vardagen. Arbetsterapeuterna anser att kunskapen är fördjupad utifrån att teamsamarbete är grunden i yrket, dock skiljer sig förutsättningarna åt beroende på var man verkar. Även fysioterapeuten säger att kunskapen finns och är fördjupad, men instämmer med övriga att förutsättningarna saknas för tvärprofessionell reflektion. Seniorlotsar anser att det saknas kunskap om det teambaserade arbetssättet men att de har kunskap i att reflektera. Cheferna instämmer med yrkesgruppernas bedömning av kompetensen inom området och främst att förutsättningarna inte finns inom vissa verksamheter. Kompetensnivån bör vara god för samtliga yrkesgrupper.

Boendestödjare säger att kunskapen om teambaserat arbetssätt finns och att det fungerar inom enheten men inte tvärprofessionellt. De personliga assistenterna och PUT tycker att de saknar kunskap, medan pedagogerna bedömer att de har viss kunskap, främst via nätverk med olika professionella. Cheferna instämmer med yrkesgruppernas bedömning och lyfter att det främst inom hälso- och sjukvårdsenheten är svårt att få till det tvärprofessionella teamsamarbetet. Eftersom det tvärprofessionella samarbetet inte fungerar fullt ut saknas även kunskaper i att reflektera tvärprofessionellt med andra professioner. Chefernas bedömning är att kompetensnivån bör vara god för samtliga yrkesgrupper.

Biståndshandläggare, gruppleddare, boendesamordnare och utskrivningssamordnare anser att det finns kunskaper om arbetssättet, men att det saknas forum för samarbete med

andra professioner. LSS/SoL handläggare och gruppledare tycker att kunskapen finns, där det även finns forum att arbeta tvärprofessionellt. Överlag menar yrkesgrupperna att kunskapen i att reflektera finns men att det saknas förutsättningar att göra det tvärprofessionellt. Cheferna instämmer i yrkesgruppernas bedömning, men tycker att kunskapen att arbeta teambaserat främst finns hos de handläggare som arbetar med barnbeslut. Chefernas bedömning är att kompetensnivån bör vara fördjupad för samtliga yrkesgrupper.

Kunskaper i informations- & kompetensöverföring kopplat till individen

Undersköterskorna uttrycker att kunskaperna saknas överlag, att förutsättningarna inte alltid finns på grund av tidsbrist, vilket främst gäller hemvården. Sjuksköterskorna anser att de har en grundläggande kunskap och att det fungerar bra i överföringen till andra yrkesprofessioner och anhöriga. Arbetsterapeuterna anser att kunskapen är god medan fysioterapeuterna tycker att de saknar kunskap. Cheferna instämmer överlag med yrkesgruppernas bedömning men tycker att arbetsterapeuterna har en grundläggande kunskap. Kompetensnivån bör vara god för samtliga yrkesgrupper.

Boendestödjare och personliga assistenter tycker att de saknar kunskaper inom området. För boendestödjarna handlar det om möjligheten att alla i teamet hinner läsa dokumentationen, där det idag görs två till tre rapporter om dagen för varje individ. Pedagoger och PUT upplever att goda kunskaper finns. Chefernas bedömning är att boendestödjare behöver utveckla kunskapen om vad som är viktigt att överföra till andra. Den tydligheten finns hos pedagoger och PUT. För personliga assistenter sker aldrig dokumentation på plats. Det finns också en resursbrist genom att arbetsgivaren enbart bemannar på beviljad tid, där t ex kompetensöverföring i så fall ska ingå. Överlag tycker cheferna att det saknas en kultur som understödjer kollegial kompetensöverföring och de behöver också utveckla inskolningsarbetet för att säkerställa nästa generations kompetens. De lyfter även fram olika begränsningar knutna till sekretess, där lagen i sig hindrar utbyte om information. Chefernas bedömning är att kompetensnivån framåt bör vara god för boendestödjare, pedagoger och PUT, men grundläggande för personliga assistenter.

Yrkesgrupperna inom Myndighetsavdelningen tycker att grundläggande kunskap finns men att den tvärprofessionella informations- och kompetensöverföringen saknas. Cheferna instämmer med yrkesgruppernas bedömning. Kompetensnivån bör vara fördjupad för samtliga yrkesgrupper.

Digital kompetens

Yrkesgrupperna inom vård och omsorg har inte haft någon dialog om den digitala kompetensen men resonemanget nedan kan appliceras även för dessa. Yrkesgrupperna inom funktionshindrade lyfter fram att detta är en viktig kompetens som kommer behövas framåt, oavsett införande av rehabiliterande arbetssätt eller inte. Det handlar om kompetens i att hantera olika systemstöd, digitala verktyg och hantering av olika hjälpmedel liksom välfärdsteknologiska lösningar. Cheferna instämmer i att arbetet blir mer och mer digitaliserat, där de äldre medarbetarna har svårare att följa med i IT utvecklingen än de yngre. De bedömer att kompetensnivån bör vara grundläggande och att kompetensutveckling behöver ske löpande.

Inom Myndighetsavdelningen är den digitala kompetensen främst knuten till hantering av olika systemstöd. De menar att kunskapen är god hos samtliga men att det saknas

förutsättningar eftersom flertalet systemstöd inte kommunicerar med varandra. Cheferna instämmer i detta och bedömer att kompetensnivån bör vara fördjupad.

3. Vilka informella kompetenser (egenskaper, beteenden) anses viktigast att besitta för ett rehabiliterande arbetssätt?

Här fick yrkesgrupperna utgå från ett förslag på olika egenskaper/beteenden och prioritera de viktigaste som de anser behövs för ett rehabiliterande arbetssätt. I dialogen som följde tyckte flertalet yrkesgrupper att några av egenskaperna var tolkningsbara och svåra att förstå, t ex ordet professionalism. De tyckte att en del begrepp betydde samma sak och att vissa kunde kopplas ihop med själva grundprofessionen oaktat rehabiliterande arbetssätt. Resultaten skiljer sig åt mellan grupperna men det som lyfts fram hos flertalet är helhetssyn, ansvarstagande, stödjande förhållningssätt, motiverande kommunikation, samarbetsförmåga och lyhördhet. Samma egenskaper har lyfts fram av cheferna som även tycker att professionalism är en viktig egenskap att besitta.

4. Vilka behov av åtgärder & kompetensutvecklingsinsatser behövs för att kunna arbeta utifrån ett rehabiliterande arbetssätt.

Deltagarna talar om värdet av en god introduktion i samband med nyanställning, att det finns framtagna rutiner som stöd för arbetet och att det finns en struktur för utbildningar som görs lättillgängliga. Det behöver avsättas tid för tvärprofessionellt teamsamarbete, för att yrkesgrupperna ska få insikt i de olika professioners ansvar och arbetsuppgifter.

Andra förslag är lärande genom workshops, studiebesök i olika verksamheter, gemensamma forum för erfarenhetsutbyte samt en idé om utvalda handledare för rehabiliterande arbetssätt. Detta för att säkra implementering över tid. Några lyfter fram betydelsen av att kompetensutveckling ska omfatta alla, men att den behöver anpassas till varje individ. Webbutbildning kan vara ett alternativ för de grundläggande kunskaper, men fungerar inte enbart. En annan viktig åtgärd kopplat till LSS⁹ lagstiftningen är att se till förutsättningarna för rehabiliterande arbetssätt inom området, utifrån att det inte möjliggörs idag. Inom Myndighetsavdelningen påtalar de att det behöver finnas en bättre tydlighet och förklaring i vad som är vardagsrehabilitering via SoL¹⁰-beslut och via HSL¹¹. Detta för att individen inte ska bollas mellan yrkesgrupperna.

Kompetenskartläggning chefer

Workshopen med chefer genomfördes i tre grupper, med deltagare från respektive förvaltning och Myndighetsavdelningen.

1) Vilka synpunkter har ni på förslaget kompetensbehov för ett rehabiliterande arbetssätt?

⁹ Lagen om särskilt stöd och service

¹⁰ Socialtjänstlagen

¹¹ Hälso- och sjukvårdslagen

Cheferna tycker överlag att förslaget är bra och att det täcker in kompetensbehovet för helheten. Inom området funktionshindrade behöver chefer tillhandahålla stödjande rutiner, på en övergripande nivå som ser till helheten. Detta för att undvika att varje enhet tar fram sina egna rutiner. Inom Myndighetsavdelningen vill de att organisationskunskap läggs till eftersom de idag är väldigt uppdelade och det blir svårt för medborgaren att få en helhetsbild. De anser också att det behövs en tydlig plan för införandet, som alla chefer ska ha kunskap om för att kunna leda sin verksamhet. Även kompetens om det styrsystem som ska gälla behöver finnas hos cheferna.

2) *Vilka formella kompetenser finns/saknas hos cheferna idag utifrån kompetensbehovet och vilken kompetensnivå behövs inom varje kompetensbehov framåt?*

Kunskap om och att vara bärare av strategin

Cheferna inom vård och omsorg menar att kunskapen hos cheferna skiljer sig åt beroende på verksamhet. Vissa upplever att de har en god kunskap men att det finns behov av att fortlöpande uppdatera sig för att vara grundad i strategin och bärare av arbetssättet. Några svarade att kunskapen om strategin saknas helt. Det framkom att det främst är chefer inom den förebyggande enheten som har en god/fördjupad kunskap om strategin och även förutsättningar att arbeta på det här sättet. Bedömningen är att kompetensnivån för chefer bör vara god.

Cheferna inom funktionshindrade tycker att kunskapen hos cheferna skiljer sig åt mellan de olika verksamheterna. Inom verksamheterna för daglig verksamhet, hälso- och sjukvård, barn och ungdom samt personlig assistans upplever de att kunskapen finns hos chefer överlag men att den saknas inom Socialpsykiatri och grupp- och servicebostad. För att vara bärare av strategin behöver kunskapen stärkas löpande eftersom strategin är så pass ny. Cheferna bedömer att kompetensnivån bör vara god.

Cheferna inom Myndighetsavdelningen anser att det finns grundläggande/god kunskap om strategin men inte på sådan nivå som behövs för att vara bärare av strategin. Chefer behöver vara säkra och trygga med innebörden för att kunna motivera sina medarbetare. Cheferna bedömer att kompetensnivån bör vara fördjupad.

Kunskap om Örebro kommuns modell för ett rehabiliterande arbetssätt

Eftersom modellen för ett rehabiliterande arbetssätt är under framtagande finns inte tillräcklig kunskap om den hos cheferna. Den kunskap som finns är väldigt liten och finns främst hos de chefer som ingår i de olika delprojekten. När modellen är klar anser de att alla chefer bör utbildas så att de står på en gemensam grund och kan motivera sina medarbetare. De lyfter också fram att förutsättningarna för att implementera arbetssättet i organisationen, behöver vara genomförda. Cheferna bedömer att kompetensnivån bör vara god/fördjupad.

Kunskaper om målformulering (sätta mål, omsätta, utvärdera & följa upp)

Cheferna inom vård och omsorg tycker att de har god kunskap överlag inom området men att det är svårt för dem att veta hur målen omsätts i praktiken. De ser att de behöver utveckla sin kunskap om utvärdering och uppföljning av mål, vilket gäller generellt i chefsuppdraget. Bedömningen är att kompetensnivån bör vara god.

Cheferna inom funktionshindrade uttrycker att kunskapen finns hos chefer inom samtliga verksamheter. Hälso- och sjukvårdsenheten och barn- och ungdomsverksamheterna har bra rutiner för målformulering och måluppföljning liksom utvärdering, vilket görs på chefsnivå. Inom övriga verksamheter saknas delvis kunskap om uppföljning och utvärdering, det görs på olika sätt utan systematik och förutsättningarna är inte kopplade till mängden individer. Cheferna bedömer att kompetensnivån bör vara god för arbetet med målformuleringar generellt men fördjupad när det handlar om uppföljning och utvärdering.

Cheferna inom Myndighetsavdelningen säger att de har god kunskap om målformulering och att sätta mål, men att kunskap om uppföljning av målen saknas hos cheferna. Målformulering och IBIC hör ihop, där kunskap om att sätta mål är en utgångspunkt för IBIC. Cheferna bedömer att kompetensnivån bör vara fördjupad.

Kunskap om förändringsledning

Cheferna inom vård och omsorg upplever att de har god kunskap. De lyfter fram att det finns en bra metod för ”förbättrade processer” (LEAN) men att det behövs mer stöd/utbildning för chefer. Bedömningen är att kompetensnivån bör vara fördjupad.

Cheferna inom funktionshindrade menar att kunskaperna finns hos chefer inom daglig verksamhet, barn och ungdomsverksamheterna samt personlig assistans. Inom barn och ungdomsverksamheterna är förändring ett tillstånd som pågår hela tiden och inom personlig assistans arbetar de ständigt med förändringsarbete. Inom hälso- och sjukvård och socialpsykiatri anser de att kunskapen finns delvis, men där de senare lyfter fram avsaknad av metoder i att leda en verksamhet i förändring. Cheferna bedömer att kompetensnivån bör vara fördjupad, att det behöver finnas stöd i samband med en implementering för att få till en omställning i vardagen.

Cheferna inom Myndighetsavdelningen säger att kunskapen finns till viss del, men att det behövs mer struktur och mer konkreta verktyg och metoder som stöd. De tycker att förändringsledning, lärande organisation och coachande förhållningssätt hör ihop och är en förutsättning för varandra. De påtalar vikten av att utrymmet finns för att införa något nytt och se vilka möjligheter och förutsättningar som finns för att kunna ta till sig ny kunskap. Det krävs bland annat omfattande introduktion av nya medarbetare. De betonar vikten av att stanna upp och utvärdera, utbyta erfarenheter, analysera vad som fungerar men också vad som hindrar för att få till ett lärande och därmed göra en förflyttning tillsammans. Bedömningen är att kompetensnivån bör vara fördjupad.

Kunskap i metod för coachande förhållningssätt – att motivera medarbetaren

Cheferna inom vård och omsorg är splittrade i sina svar, en del tycker att kunskapen är grundläggande medan andra menar att de har god till fördjupad kunskap. Cheferna inom funktionshindrade säger att kunskapen finns inom hälso- och sjukvårdsenheten, barn och ungdomsverksamheterna samt personlig assistans, men att den endast finns delvis inom grupp och servicebostad samt socialpsykiatri. Även inom Myndighetsavdelningen bedöms kunskapen finnas delvis. Samtliga chefer är överens om att det behövs mer påfyllnad inom detta område och att kompetensnivån bör vara fördjupad.

Kunskaper i IBIC (Individens behov i centrum)

Cheferna inom vård och omsorg och funktionshindrade bedömer att denna kunskap saknas eftersom arbetssättet inte har påbörjats än ute i verksamheterna. En del känner till

det men inte mer än så. De lyfter fram att de vill få mer insikt i det och göras delaktiga i processen. Bedömningen är att kompetensnivån hos chefer bör vara god.

Inom Myndighetsavdelningen finns en grundläggande kunskap hos de handläggare som verkar inom vård och omsorg, men att kunskapen saknas inom LSS-handläggningen. Det kopplar även an till chefernas kunskap. Bedömningen är att kompetensnivån hos chefer bör vara fördjupad.

Kunskaper i teambaserat arbetssätt, tvärfunktionellt samarbete & reflektion

Cheferna inom vård och omsorg anser samstämmigt att de har god till fördjupad kunskap, men att olika förutsättningar påverkar. De chefer som sitter nära sina team/verksamheter/medarbetare har lättare att ha ett teambaserat arbetssätt och tvärfunktionellt samarbete med möjligheter till reflektioner än övriga. Inom funktionshindrade säger cheferna att kunskapen finns inom alla verksamheter men endast delvis inom grupp och service. Bedömningen är att kompetensnivån hos chefer bör vara god.

Inom Myndighetsavdelningen finns kunskapen hos SoL-handläggarna men de lyfter fram att alla behöver påfyllnad med kompetensutveckling, inklusive cheferna. De behöver också skapas förutsättningar för att få igång team och i dessa ge möjlighet till reflektion. Bedömningen är att kompetensnivån hos chefer bör vara fördjupad.

Kunskap i att skapa en lärande organisation

Cheferna inom vård och omsorg menar att kunskapen är god men att de behöver kompetenspåfyllnad för att hålla sig uppdaterade. Det är en utmaning i relation till tiden, säger de. För att få en fungerande lärande organisation måste man ha en utvecklad modell/metod att utgå ifrån, vilket de saknar. Inom funktionshindrade upplever de att kunskapen finns hos alla chefer. Cheferna inom Myndighetsavdelningen ser den lärande organisationen som en del i förändringsledning, se ovan. Bedömningen är att kompetensnivån hos chefer bör vara fördjupad.

Kunskaper i informations- & kompetensöverföring kopplat till individen

Inom vård och omsorg tycker de flesta chefer att de har en god kunskap inom området, men lyfter också fram att det krävs bättre systemstöd för dokumentation, för att i sin tur kunna hämta hem och delge information. Inom funktionshindrade anser de att kunskapen finns överlag men enbart delvis inom daglig verksamhet och personlig assistans. Inom Myndighetsavdelningen menar cheferna att kunskap om teambaserat arbetssätt bör ses som en förutsättning för information- och kompetensöverföring.

3) Vilka informella kompetenser (egenskaper, beteenden) anses viktigast att besitta för ett rehabiliterande arbetssätt?

I denna del i workshopen fick cheferna utgå från ett förslag på olika egenskaper/beteenden och prioritera de viktigaste som de anser behövs för ett rehabiliterande arbetssätt. De egenskaper/beteenden som främst lyfts fram är; kulturskapare för rehabiliterande arbetssätt, det nära ledarskapet, coachande förhållningssätt, helhetssyn, tydlig/motiverande kommunikation, mod, facilitering och relationskoordinering. Det sistnämnda hade deltagarna svårt att förstå men efter sin förklaring lyftes det fram som viktigt just utifrån rehabiliterande arbetssätt. Övriga

synpunkter är att självkännedom är en grundförutsättning för chefsuppdraget och att det nära ledarskapet är en förutsättning för en motiverande kommunikation. De lyfte också fram vikten av mod och ett tillitsfullt ledarskap i allt utvecklings- och förändringsarbete. Detta då förändringar är tufft för många, där chefer behöver våga stå fast vid beslut, kunna få med sig medarbetare.

4) Vilka behov av åtgärder & kompetensutvecklingsinsatser behövs för att kunna arbeta utifrån ett rehabiliterande arbetssätt.

Cheferna inom vård och omsorg lyfter fram behovet av utbildning i hur införandet av ett rehabiliterande arbetssätt ska gå till, för att kunna leda sina medarbetare i förändringsarbetet. En tydlig implementeringsplan behöver finnas, med tids-, aktivitets- och kommunikationsplaner, där riskanalyser och deluppföljningar görs och där arbetsmodeller finns. De lyfter fram behovet av att chefer får utbildning/stöd för att kunna leda en sådan kulturförflyttning som ett rehabiliterande arbetssätt innebär. Förslag på en ”kulturskapare” ges, vilken kan spela en viktig roll i en förändringsorganisation. Lärandegrupper för chefer över verksamhetsgränserna skulle kunna vara en åtgärd i syfte att få ökad insikt och kunskap om de olika verksamheterna och därmed bära helheten. De tycker att teamtänkandet bör vidgas inte minst i relation till hälsofrämjande insatser där teamet helt enkelt kan bli större genom att fler involveras, inte minst med frivilliga från civila samhället, träffpunkter, föreningar etc. Man bör också underlätta att medborgaren kan skapa egna nätverk som en del i ett utvidgat rehabiliterande arbetssätt.

Även cheferna inom funktionshindrade lyfter fram behovet av en tydlig implementeringsplan för det nya arbetssättet med stöd och vägledning i vad de ska göra, hur de ska göra och hur arbetet ska följas upp. Det behöver finnas en mycket god planering och framförhållning för införandet, något de anser ofta brister.

Inom Myndighetsavdelningen ser cheferna att en kombination av utbildning och lärande nätverk genom erfarenhetsutbyte mellan chefer är en viktig framgångsfaktor. Detta för att kunna skapa en lärande organisation, säkerställa att alla går åt samma håll och följer en gemensam plan och målbild. Det behöver finnas ett utbyte mellan chefer inom alla verksamheter från de båda förvaltningarna. Även behov av att mötas över organisationsgränserna och tillsammans med andra kommuner för att utbyta erfarenheter. De betonar att rehabiliterande arbetssätt bör knyta an till det som redan görs idag och inte presentera det som en del för sig. Ett exempel är kopplingen mellan IBIC och rehabiliterande arbetssätt.

Kompetensgap

Med utgångspunkt från kartläggningen är en analys gjord, som identifierar och analyserar skillnader mellan fastställt kompetensbehov och befintlig kompetens, dvs kompetensgapet. Gapanalysen är endast gjord på övergripande organisatorisk nivå och är inte fullständig främst utifrån att den baseras på upplevelser som endast ett fåtal representanter från de berörda yrkesgrupperna bidragit med. Den visar i stora penseldrag vilka indikationer på kompetensgap som finns i organisationen kopplat till framtida kompetensnivå för de olika kompetensbehoven. Bedömningen är gjord av projektgruppen utifrån sammantagen analys av kompetenskartläggningen; kompetens i balans

(kompetensläge bedöms vara i paritet med behov av kompetensnivå framåt) kompetens i obalans (kompetensläge bedöms skilja sig åt, det brister i delar och i paritet med behov av kompetensnivå framåt). Detta speglar inte verkligheten fullt ut, mer fördjupade analyser behöver göras inom respektive verksamhet för att på individnivå se till kompetensläget utifrån behoven.

Kompetensgap yrkesgrupper

Kunskaper om vardagsrehabilitering och rehabiliterande arbetssätt	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Arbetsterapeuter, fysioterapeuter,	Undersköterskor, sjuksköterskor, seniorlotsar, boendestödjare, personliga assistenter, pedagoger, PUT, yrkesgrupper Myndighet
Kunskaper om målformulering	
<i>Kunskaper i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Arbetsterapeuter, fysioterapeuter, seniorlotsar, pedagoger, PUT	Undersköterskor, sjuksköterskor, boendestödjare, personliga assistenter, yrkesgrupper Myndighet
Kunskaper i IBIC	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga yrkesgrupper
Dokumentationskunskap	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Seniorlotsar	Undersköterskor, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, fysioterapeuter, boendestödjare, personliga assistenter, pedagoger, PUT, yrkesgrupper Myndighet
Kunskaper i samtalsmetodik	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Pedagoger Yrkesgrupper Myndighet	Undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, seniorlotsar, boendestödjare, personliga assistenter, PUT
Kunskaper om folkhälsans 4 grundpelare	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>

Arbetsterapeuter, seniorlotsar, boendestödjare, personliga assistenter, pedagoger, PUT	Undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter, yrkesgrupper Myndighet
Kunskaper teambaserat arbetssätt, tvärprofessionellt samarbete och reflektion	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Arbetsterapeuter, fysioterapeut, sjuksköterskor	Undersköterskor, boendestödjare, personliga assistenter, PUT, pedagoger, yrkesgrupper Myndighet
Kunskaper i informations- & kompetensöverföring	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Arbetsterapeuter, pedagoger, PUT	Undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter, boendestödjare, personliga assistenter, yrkesgrupper Myndighet
Digital kompetens	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga yrkesgrupper

Kompetensgap chefer

Kunskap om strategin och värdegrunden	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer
Kunskap om Örebro kommuns modell för ett rehabiliterande arbetssätt	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer
Kunskaper om målformuleringar	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer
Kunskap om förändringsledning	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer
Kunskaper i metod för coachande förhållningssätt	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer
Kunskaper i IBIC	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer

Kunskaper i teambaserat arbetssätt, tvärfunktionellt samarbete, reflektion	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Chefer vård och omsorg	Chefer myndighet Chefer funktionshindrade
Kunskaper i att skapa en lärande organisation	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer
Kunskaper i informations- och kompetensöverföring	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer

Djupintervjuer yrkesgrupper

I åtta intervjuer med professionella – arbetsterapeuter, sjuksköterska, fysioterapeut, seniorlots, pedagogisk verksamhetsutvecklare och avdelningschef – speglas rehabiliterande arbetssätt och de intervjuades förslag till kompetensutveckling (Bilaga 4). Intervjuerna genomfördes parallellt med projektgruppens arbete med syfte att få ett kvalitativt material där de intervjuade fick sätta ord på de problem som de möter idag. Med dessa som bakgrund uttryckte de också idéer till teman för kommande utbildningar. De åtta intervjuerna har genomförts individuellt, personerna finns återgivna med namn och samtliga har godkänt citat och text.

Förändrade förutsättningar och bristande arbetsmiljö

De intervjuade nämner inledningsvis att det på olika sätt funnits rehabiliterande arbetssätt tidigare i hemvården inom vård och omsorg. De tänker framför allt på det teamsamarbete som fanns och som slogs sönder i och med förändringar i organisationen (2009-2010) och som ledde till att verksamheter delades upp i stuprör. Det fördes in ett ekonomiskt tänkande som försvårade rehabilitering. Det blev, enligt en av de intervjuade, ”*alltmer av ett sjuktänkande än ett frisktänkande*”. Även inom funktionshindrade finns en tidspress som inte tar hänsyn till att det för en person med personlig assistans kan ta två timmar att skriva en inköpslista som inom hemvården kan ta tio minuter. I intervjuerna framgår också hur bristande kontinuitet och personaltäthet påverkar utvecklingen av ett rehabiliterande arbetssätt. ”*När någon blir sjukskriven tar de in ännu en vikarie. Det är svårt att bedriva rehabiliterande arbete med ett team, när teamet hela tiden byts ut med personer som inte har erfarenhet och som inte känner patienterna.*” Samtidigt sjukskrivs personal och sjukvården genererar på så sätt sina egna sjuktal. Tidspress och brist på personal ökar belastning och ansvar, det minskar handlingsutrymmet och ökar känslan av maktlöshet.

Teman för kompetensutveckling enligt de intervjuade

Rehabilitering och dess innebörd

Ett grundtema, som alla berört, är att få kunskap om begreppet rehabiliterande arbetssätt, som är betydligt mer än enbart begreppet rehabilitering. Utmaningen denna gång är att ett rehabiliterande arbetssätt riktas till alla verksamheter inom Myndighetsavdelningen,

funktionshindrade och vård och omsorg. Tidigare har det varit till en begränsad grupp. Det handlar bland annat om att förstå betydelsen av vad olika förhållningssätt ger för effekter men också om betydelsen av att få syn på den specifika kultur som kan ha utvecklats i en personalgrupp: *"Om man gör för mycket för en person så kanske man inte stärker bens förmågor"* säger en av de intervjuade inom vård och omsorg. En av de intervjuade inom funktionshindrade säger: *"Den största utmaningen är personalens värderingar och den kultur de är präglade av. Personalens värderingar sätter en stor prägel på brukarens liv och levnadsvanor...vilken mat de äter, vad de gör eller inte gör om fem år, vilken sysselsättning de vill ha, var de vill bo"*.

Att formulera mål, följa upp och utvärdera

De intervjuade talar samstämmigt om de brister som idag finns när genomförande planer eller individuella planer ska upprättas. Mål, uppföljning och utvärdering är därför ett grundläggande tema anser alla. *"Planen måste vara aktuell, flera är äldre än tre månader"* säger man inom vård och omsorg. Inom funktionshindrade finns samma kritik om avsaknaden av mål och uppföljningar; *"vi behöver arbeta mer systematiskt"*. Det kan handla om att personal inte förstår syftet med planen och därför inte heller har motivationen att ställa frågor på ett sätt att individens vilja kommer fram. Det kan också handla om att målen blir alltför generella och inte har fokus på individens mål. Men det kan också handla om att individen inte vet vad den kan få och att den skulle kunna få så mycket mera om det fanns tillräckligt med kvalificerad personal. Det krävs en medvetenhet om betydelsen av uppföljning där det idag brister. En akilleshäl är organisationen som försvårar viss uppföljning samtidigt som alltför generella mål inte är mätbara eller meningsfulla för individen.

Samtalsmetodik

Samtalet, dialogen, är det verktyg som personalen har för att individen ska komma fram till ett eget mål för sin rehabilitering. De åtta intervjuade har alla ansett att samtalsmetodik är ett viktigt tema. Det krävs kompetens hur man ställer frågor och hur frågor följs upp och inte lämnas. I jämförelse med vård och omsorg finns i arbetet med funktionshindrade helt andra förutsättningar. Det krävs tid att få fram vad en person vill och kan uttrycka. Ibland behövs alternativ kommunikation med mycket bilder, vilket kräver förarbete hos personalen. Inom vård och omsorg används ibland samtalsformulär vilka kan bli mekaniska och inte leda till att individens önskemål kommer fram. *"Att kunna läsa av en annan människa och veta precis när man ska ligga steget före och när man behöver backa, det kräver en fingertoppskänslighet"*. Flera anställda har genomgått utbildningen Motiverande Samtal men de intervjuade menar att kunskaperna måste få kontinuerlig påfyllnad eftersom man lätt *"lägger av sig och ramlar tillbaka i gamla spår."*

Teamsamarbete

Teamsamarbete är en av de viktigaste delarna i ett rehabiliterande arbetssätt, *"teamets sammantagna kompetens är nyckeln i arbetet"* säger en av de intervjuade inom vård och omsorg. Inom funktionshindrade menar de att teamet är en förutsättning för att fullt ut arbeta hälsofrämjande, att stödja varandra att tänka *"utanför boxen"*. Samtidigt är teamsamarbetet något de olika verksamheterna vill erövra och egentligen måste erövra om de fullt ut ska kunna ha ett rehabiliterande arbetssätt. De åtta intervjuade har alla erfarenhet av att arbeta i team, men inom verksamheterna finns också flera nyanställda, nyutbildade som inte har denna erfarenhet. Kunskap om samverkan och samarbete behövs – vad förväntas av mig? Hur mycket ska jag bidra? Vad innebär att lyssna på den andre? Samtidigt nämner man svårigheter med obalans i antalet tjänster mellan

sjukvårdande och rehabiliterande personal men också att ”stuprörstänkandet” sätter käppar i hjulet för teamsamarbete.

Hälsofrämjande och egenmakt

Det hälsofrämjande tänkandet behöver reflekteras över – vad är det och vad innebär det i form av praktiska insatser och förhållningssätt? Vilka nya insatser kan finnas bortom folkhälsans fyra grundpelare? Rehabiliterande arbetssätt handlar även om insatser som rör egenmakt, där individen ska få kontroll över sitt liv och därmed få ökad livskvalitet. Inom funktionshindrade ställer de sig därför frågan: *Vad har ett institutionsliv gjort med personen, dess självbestämmande och egenmakt? ”Individerna får i hög grad en förvärvad maktlöshet”* säger en av de intervjuade. Seniorlotsarnas arbete är en viktig del av det hälsofrämjande arbetet och intervjun med en av seniorlotsarna visar på olika vägar dessa vill gå för att nå nya grupper. De intervjuade trycker också på betydelsen av att individualisera det främjande arbetet, där många insatser idag sker på gruppnivå. *”Meningsfullheten måste finnas med, är det inte meningsfullt för mig som individ spelar det ingen roll om man har femtio olika aktiviteter.”*

Sammanfattningsvis – utmaningarna är stora men förhoppningarna hos de intervjuade är också stora. Alla vet att ett rehabiliterande arbetssätt ger ökad arbetstillfredsställelse hos personalen och att det också blir bättre för individerna. Men den största utmaningen är nog att försöka tänka nytt när det gäller insatser som främjar befolkningens hälsa – i en tid då demografin med all sin tydlighet visar att vi behöver hålla oss friska – länge!

Sammanfattande analys

Vi kan konstatera att det finns en samstämmighet i slutsatser mellan de två genomförda workshopparna och de åtta djupintervjuerna. Utfallet är kvalitativt och den kunskap vi fått fram vilar därför på deltagarna i de två workshoppar liksom de sex separata intervjuade. Problem, frågeställningar och idéer för kompetensutveckling går igen i samtliga möten. I ”nulägesrapport från delprojektet organisation och medarbetare, daterad ”180326” utläser vi att samma problem återfinns och där utmaningen är att skapa bättre organisatoriska förutsättningar för ett rehabiliterande arbetssätt.

Stora variationer

Både i workshoppar och intervjuer framkommer att variationen av kompetenser inom varje yrkesgrupp är minst lika stor som mellan yrkesgrupper. Det ställer krav på kompetensutvecklingens både innehåll och metodik. En del medarbetare inom en och samma yrkesgrupp står på rätt så gedigen grund för ett rehabiliterande arbetssätt. Andra har utbildats sedan flera år tillbaka och inte fått den på fyllnad de skulle ha behövt och ytterligare en del är nyutbildade - och trots detta, har de inte fått kunskaper om rehabiliterande arbetssätt. En viktig slutsats är således att insatserna behöver

individualiseras och kopplas till de olika verksamheterna eller enheterna. Samma yrkesgrupp behöver därför inte få samma utbildning.

Yrkesgrupper och formell utbildning

Delprojektet har fokuserat på ett urval av yrkesgrupper och en översyn behöver göras för samtliga yrkesgrupper som berörs. Vår genomgång av de formella utbildningarna visar på att den teoretiska sakkunskapen inom rehabilitering och det hälsofrämjande perspektivet ingår som en del i grundutbildningar. Det teambaserade arbetssättet och samverkan med andra professioner ingår endast i utbildningen till arbetsterapeut och sjuksköterska. Det är viktigt att beakta och bör lyftas vidare till de lärosäten som tillhandahåller utbildning. Även handledningen i samband med praktik och introduktion av nyanställda är viktigt för att i tidigt skede kunna anamma kunskaper och få pröva på arbetssättet.

Kompetensanalysen

Kompetensbehoven är generella förslag för samtliga yrkesgrupper och chefer. Kompetenskartläggningen för yrkesgrupperna och analysen av kompetensgapet visar att det råder viss obalans i flertalet av kompetensbehoven. Det förklaras av att kompetensläget inte bedöms vara i paritet med önskad kompetensnivå, att det skiljer sig åt i förutsättningar mellan olika verksamhetsområden-, utifrån nuvarande organisering och arbetssätt.

Kunskap i rehabilitering är en grundförutsättning för rehabiliterande arbetssätt. Hos vissa yrkesgrupper finns en otydlighet i kunskapen om skillnader mellan dels vardagsrehabilitering, dels rehabiliterande arbetssätt. Att kunna sätta tydliga mål, bryta ner dem till delmål, omsätta till aktiviteter, följa upp och dokumentera är centrala delar för ett rehabiliterande arbetssätt. Enligt cheferna är det en av de stora utmaningarna och kompetensen behöver stärkas hos flertalet yrkesgrupper, där implementeringen av IBIC i organisationen kan understödja. Samtidigt behöver man vara uppmärksam på den missuppfattning som kan råda. Vi har mött repliken ”men nu när IBIC genomförs behövs väl inget uppdrag om rehabiliterande arbetssätt”. Inledningsvis bör därför en kompetensutveckling klargöra skillnaderna inte enbart teoretiskt utan även i konkreta arbetssätt.

Rehabiliterande arbetssätt kräver kompetens hos yrkesgrupperna i teambaserat arbetssätt, tvärprofessionellt samarbete och reflektion, informations- och kompetensöverföring och samtalsmetodik. Dessa hänger nära samman. Vi har noterat att där förutsättningar för teamsamverkan finns tenderar också kunskapen att finnas, eftersom kompetensen ständigt nyttjas. Samtidigt noterar projektgruppen att de svarande här utgått från de befintliga upparbetade team som redan finns och inte tänker utanför sin egen verksamhet och behov av andra kompetenser som behöver kopplas på utifrån individens mål. Att få möjlighet att i praktisk handling pröva olika arbets- och förhållningssätt är viktigt inte minst när det gäller att förstärka medarbetarnas informella kompetens. Helhetssyn, stödjande förhållningssätt, motiverande kommunikation, samarbetsförmåga och lyhördhet är egenskaper som yrkesgrupperna ser som viktiga för ett rehabiliterande arbetssätt.

I analysen av kompetensgapet kan vi utläsa att flertalet yrkesgrupper anser att de ”har kunskaper om folkhälsans fyra grundpelare” d.v.s. att kompetensläget bedöms vara i

paritet med behov av kompetensnivå. Detta anser projektgruppen är en paradox, vi ser snarare att kompetensen är i obalans och att yrkesgrupperna saknar djupare kunskap om innebörden av ett hälsofrämjande tänkande och individens egenmakt. Här behöver framtida kompetensutveckling framförallt ge möjlighet att omsätta det teoretiska perspektivet i praktisk handling för att omfatta medborgaren inte enbart inom vård och omsorg, hemvård och funktionshindrade utan alla medborgare. Så skulle till exempel medborgare kunna skapa egna nätverk för att utveckla hälsa och livskvalitet inom ramen för kommunens uppdrag om rehabiliterande arbetssätt. Samarbetet med det civila samhället kan inte nog poängteras.

Kompetenskartläggningen för chefer och analysen av kompetensgapet visar att det råder obalans i flertalet av kompetensbehoven. Att kunskaper om strategin och modellen för rehabiliterande arbetssätt brister kan bero på att strategin är ny och inte förankrad i alla led. Den s.k. modellen är under framtagande och kommer fortsätta utvecklas. För att som chef kunna leda implementeringen av ett rehabiliterande arbetssätt, vara bärare av den, förutsätts goda kunskaper om såväl strategin som modellen. Kunskaper om målformuleringar finns till stora delar men de brister som lyfts fram handlar om förutsättningar utifrån tid, avsaknad av kunskap om och systematik för arbete med måluppföljning och utvärdering.

Chefers kunskaper i förändringsarbete, att skapa en lärande organisation och ha ett coachande förhållningssätt är nära sammanhängande och en förutsättning för varandra. För att kunna axla rollen som förändringsledare, behövs ytterligare utbildning och metodstöd inom dessa områden. Precis som för yrkesgrupperna gäller det för chefer att i utbildning få möjlighet att pröva den informella kompetensen, där de själva har angivit inte minst utvecklandet av ett tillitsfullt ledarskap. Cheferna behöver ha kompetens i teambaserat arbetssätt, tvärprofessionellt samarbete, informations- och kompetensöverföring, samtalsmetodik och folkhälsans fyra grundpelare. Detta för att kunna leda sina medarbetare in i det nya arbetssättet. Där förutsättningar för teamsamverkan finns så tenderar också kompetensen hos cheferna att finnas. Även god organisationskunskap blir viktigt för att som chef ha helhetssyn, kunna understödja gränsöverskridande samarbeten och koordinera relationer mellan olika professioner.

Kompetensplanering och kompetensutveckling

De kompetensbehov som i den här rapporten tagits fram är generella förslag, som kan komma att utvecklas ytterligare när modellen med sina tilltänkta ”fall” kommer att sjösättas. Kompetensbehoven och kompetensnivåerna kan därefter behöva anpassas och kompetensanalysen kompletteras, vilket kan få en inverkan på föreslagen kompetensförsörjningsplan. Den kompetensförsörjningsplan som levereras inom delprojektet har en övergripande inriktning på kompetensområden som behöver stärkas, som har sin utgångspunkt i föreslagna kompetensbehov och input som framkommit i samband med workshopparna. Den visar endast de stora penseldragen för kompetensutveckling på organisatorisk nivå, utifrån de tendenser till kompetensbrist som framkommit, den input som delgetts i intervjuer med professionella samt strategin. Eftersom det råder stora variationer i kompetensläget inom yrkesgrupper är den inte nedbruten per yrkesgrupp.

Metodik för lärande

I Odense¹² var kompetensutveckling en stor utmaning, inte minst med tanke på att alla medel för kompetensutveckling, inom olika sektorer och medicinska områden, skulle föras över till kompetensutveckling för rehabiliterande arbetssätt. Det innebär att all annan utbildning fick stå tillbaka under en begränsad tidsperiod.

När det gäller själva metoden för genomförande av kompetensutveckling anser projektgruppen att dialogen böra vara i fokus, såväl i stora grupper som i mindre. Kollegialt lärande är en sammanfattande term för olika former av professionsutveckling där kolleger genom strukturerat samarbete tillägnar sig kunskaper i den dagliga praktiken. Kollegialt lärande lämpar sig speciellt för yrken som har praktiska eller kliniska moment, vilket därför passar det uppdrag om rehabiliterande arbetssätt som just nu pågår inom Örebro kommun. I Odense finns ”Testhallen” där olika arbetssätt iscensattes under kvalificerad handledning. Något liknande behövs inom Örebro kommun, där medarbetare under trygga förhållanden får möjlighet att pröva nya arbetsmetoder och där man kan se betydelsen av att samarbeta tvärs över professionella gränser.

Under ett paraply finns en mängd metoder att utgå ifrån, s.k. Learning studies, reflekterande samtal, rollspel och kollegial handledning. I den senare metoden kan erfarna personer inom sina professioner få särskild utbildning och sedan handleda medarbetare när dels nya arbetssätt testas, dels när medarbetare möter verkliga problematiska situationer i sin praktik. Projektgruppen vill här också framhålla att vid s.k. storföreläsningar bör dialogen alltid ha en självklar plats för att kompetensutvecklingsinsatsen ska vara effektiv. Således bör föreläsaren inte ha långa föreläsningsspass och deltagarna bör helst sitta vid runda bord för att under föreläsningens gång diskutera det som sägs och därmed kunna relatera nyförvärvad kunskap till egen verklighet.

Det har blivit allt vanligare att digitalisera kompetensutveckling men utbildningstillfället kan bli ”ensamt” och behöva omsättas i ett strukturerat samtal med kollegor. Webbinarium är en annan variant där deltagare bjuds in för att lyssna och därefter chatta med föreläsare och övriga deltagare. Metoderna för kompetensutveckling bör utifrån ovanstående resonemang varieras, där en blandning av teori och praktik är den viktigaste förutsättningen för varaktigt lärande.

Genomförande och förslag i det fortsatta arbetet

Chefer har en nyckelroll i förändringsarbetet. De ska styra, leda och stödja sina medarbetare i införandet av ett rehabiliterande arbetssätt. Projektgruppen föreslår därför att cheferna är först ut med att få kompetensutveckling. Där bör utbildning i strategin och modellen vara det första steget i en kompetensutvecklingsplan. De behöver även få insikt i den kompetensutveckling som ges till berörda yrkesgrupper, för att som chef kunna stödja medarbetare i ett förändrat arbetssätt.

Projektgruppen framhåller behovet av att det finns en förändringsorganisation med tydlighet kring syfte och gemensam målbild, plan för implementering med fastställda tids-, aktivitets- och kommunikationsplaner. Ett nätverk med chefer över organisationsgränserna behöver finnas för att bära helheten, utbyta erfarenheter, få ökad insikt och kunskap om de olika verksamheterna och säkra lärandet under pågående

¹² Som beslutat införa ett rehabiliterande arbetssätt

förändringsarbete.

Med avstamp i denna rapport och den övergripande inriktning till kompetensförsörjningsplan som tagits fram föreslår projektgruppen att i det fortsatta arbetet utforska de kompetensbehov som tagits fram. Det kan göras inom ramen för den testning av modellen som kommer ske utifrån olika ”fall” där andra kompetensbehov kan framkomma, såväl generella som yrkesspecifika. Även kompetensnivåerna behöver ses över och fastställas. Det blir viktigt i arbetet med att fastställa en fullständig kompetensanalys och övergripande kompetensförsörjningsplan. Nästa steg blir att framtagande av konkreta kompetensutvecklingsplaner per yrkesgrupp, inom respektive verksamhetsområde och på individnivå. Det är ett arbete som behöver göras av ansvarig chef.