

Utredning av kompetensutvecklingsbehov, tillgång till utbildningsinsatser och intresse för samverkan mellan Örebro läns kommuner och Region Örebro län – utifrån omställningen till nära vård

Kompetensutvecklingsbehovet avser medarbetare inom kommunernas verksamhetsområden vård och omsorg och funktionsstöd

Utredning av kompetensutvecklingsbehov, tillgång till utbildningsinsatser och intresse för samverkan mellan Örebro läns kommuner och Region Örebro län – utifrån omställningen till nära vård

Kompetensutvecklingsbehovet avser medarbetare inom kommunernas verksamhetsområden vård och omsorg och funktionsstöd

Linda Carlsson

2022-04-04
Rapportnummer: 2022:02
Dnr: 22RS2564

Innehåll

1.	Grundläggande information	5
1.1	Bakgrund och syfte	5
1.2	Mål	5
2.	Metod	6
2.1	Ramverk för uppdraget	6
2.2	Avsikter	6
2.3	Fokusgrupper med arbetsgivare	7
2.4	Digitala frågeformulär till Komvux.....	7
2.5	Begrepp	8
2.6	Sammanfattningar och slutsatser	8
3.	Resultat: Tolkning av nära vård	9
3.1	Associationer och nyckelbegrepp.....	9
3.2	Förhoppningar	12
3.3	Farhågor	12
3.4	Kommunernas nuläge i omställningsarbetet	13
4.	Resultat för målområde 1: Kompetensutvecklingsbehov	15
4.1	Beskrivning av baspersonal	15
4.2	Kompetensutvecklingsområden för baspersonal.....	17
4.3	Sammanfattande resultat för målområde 1: Kompetensutvecklingsbehov	18
5.	Resultat för målområde 2: Utbildningsanordnare	20
5.1	Arbetsgivaren som intern utbildningsanordnare	20
5.2	Komvux och andra externa utbildningsanordnare	24

5.3	Komvux möjligheter att möta upp arbetsgivarnas kompetensbehov	26
5.4	Sammanfattande resultat för målområde 2: Utbildningsanordnare	28
6.	Resultat för målområde 3: Samverkan	30
6.1	Arbetsgivarnas forum för samverkan om kompetensutvecklingsfrågor.....	30
6.2	Utbildningsanordnarnas forum för samverkan om kompetensfrågor inom vård och omsorg*.....	31
6.3	Arbetsgivarnas intresse och behov av samverkan om kompetensfrågor och omställningen till nära vård	32
6.4	Utbildningsanordnarnas intresse och behov av samverkan om kompetensfrågor inom vård och omsorg*	36
6.5	Sammanfattande resultat för målområde 3: Samverkan	37
7.	Slutsatser och rekommendationer	39
8.	Referenser	40

1. Grundläggande information

1.1 Bakgrund och syfte

Som en del i överenskommelsen *God och nära vård 2021* vill SKR tillsammans med regeringen stimulera till att ge vårdens medarbetare ännu bättre förutsättningar.

Stimulansmedlen som följer med överenskommelsen är avsedda för såväl regionerna som kommunerna.

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare är ett av fyra utvecklingsområden inom överenskommelsen. Medlen för utvecklingsområdet får användas till delområdena:

- En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställning till en nära vård.
- Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen.
- Utbilda vårdens framtida medarbetare.

Vidare får medlen användas till att stärka nya, redan pågående satsningar eller bibehålla effekter av redan gjorda satsningar.

Denna utredning möjliggörs av ovan nämnda medel och utgör därmed en del av Region Örebro läns satsning att stimulera till utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare i Örebro län.

Syftet med utredningen är att få djupare kunskap om vilka kompetensutvecklingsbehov som finns inom verksamhetsområdena vård och omsorg och funktionsstöd i Örebro läns kommuner, hur dessa kompetensutvecklingsbehov kan mötas upp av utbildningsinsatser internt och genom olika utbildningsanordnare, samt hur intresset ser ut för att samverka i kompetensfrågorna och i arbetet med omställningen till nära vård.

Mot bakgrund av denna utredning går det sedan att utveckla nuvarande kompetensutvecklingsinsatser och samverkansformer, eller skapa nya satsningar, med syfte att ge en bättre matchning mellan arbetslivets kompetensbehov, utbildningsanordnares utbud och regionens samordningsansvar.

1.2 Mål

Utredningens mål är:

1. Behovet av kompetensutvecklingsinsatser för medarbetare är identifierat
2. Aktörer/utbildningsanordnare som kan tillgodose kompetensutvecklingsinsatserna är identifierade
3. Intresset för samverkan i kompetensutvecklingsfrågorna är identifierat

Utredningen tar sin utgångspunkt i omställningen till nära vård.

Kompetensutvecklingsbehovet avser medarbetare inom kommunernas verksamhetsområden vård och omsorg och funktionsstöd. Med medarbetare avses baspersonal, det vill säga de mest verksamhetsnära medarbetarna som generellt innehar formell bas/gymnasie-kompetens.

2. Metod

2.1 Ramverk för uppdraget

Utredningen är initierad av Region Örebro län, förvaltningen Regional utveckling, område Velfärd och folkhälsa tillsammans med socialchefs nätverket. Uppdraget har möjliggjorts genom statliga finansieringsmedel och tjänsteköp av utredningsresurs från Örebro kommun och har omfattat 50 % under sex månader, 2021-10-01 – 2022-03-31.

Utredningens innehåll och arbetets framskridande har kontinuerligt stämts av mellan uppdragsägare Ingmar Ångman, områdeschef för Velfärd och folkhälsa och uppdragsledare/utredare Linda Carlsson, verksamhetsutvecklare i Örebro kommun.

Arbetet har genomförts i dialog med Vård- och omsorgscollege och projekten *Trygga kompetensen för en God och nära vård – En läns gemensam kompetensförsörjningsplan* och *Samverkan för god och nära vård*.

2.2 Avsikter

Den huvudsakliga avsikten har varit att få en nulägesbild av arbetsgivarna och tillika branschrepresentanterna inom verksamhetsområdena vård och omsorg och funktionsstöd i kommunerna, samt de kommunala utbildningsanordnarna, i fråga om utredningens målområden *Kompetensutvecklingsbehov*, *Utbildningsanordnare* och *Samverkan*. Eftersom målområdena berör omställningsarbetet till nära vård blev det också relevant att fånga arbetsgivarna i denna fråga, vilket kan ses som en extra bonus. Arbetsgivarnas tolkning av nära vård redovisas som ett resultat i avsnitt 3 och kan ses som en introduktion till resultaten för de tre målområdena.

Ansatsen har varit att främst inhämta kunskaper från arbetsgivarna och behovsperspektivet och därefter de kommunala vuxenutbildningsanordnarna utifrån deras möjligheter att möta upp branschens kompetensbehov för baspersonal.

Utredningsarbetet har bedrivits kvalitativt med syfte att lyssna in och återge många olika röster. Detta har i princip uteslutande utförts genom semistrukturerade gruppintervjuer, så kallade fokusgrupper, över videosamtal. Därtill har digitala frågeformulär använts. Kunskap och inspiration har också inhämtats från sakkunniga personer, formella underlag och webbsidor.

I arbetet med att sammanställa resultatet har intentionen varit att både fånga bredden och betona det som varit mest framträdande. Detta gör bland annat att olika till synes motstridiga erfarenheter och synpunkter presenteras, vilket återspeglar den komplexitet och pluralism som omger frågorna.

Med syfte att förmedla de olika rösterna har ett inifrånperspektiv antagits i resultatdelen vilket kanske främst märks genom ”vi”-formuleringar. För att återge erfarenheter och synpunkter så tydligt som möjligt har exempel och citat lyfts fram vilket också bidragit till en medveten ton av talspråk. I sammanfattningarna för respektive målområde och i avsnitt 7. *Slutsatser och rekommendationer* används däremot ”de”-formuleringar med tillhörande utifrånperspektiv.

Utifrån nämnda avsikter och tillvägagångssätt ger utredningen inte någon komplett kartläggning och är heller inte med nödvändighet generaliserbar. Kvalitativ metodik

ger alltid utrymme för tolkningar och dessvärre också feltolkningar. Utifrån utredningens omfattning med åtskilliga intervjupersoner har det inte varit möjligt att stämma av dokumentationen från intervjuerna. Förhoppningsvis har andemeningen och majoriteten av information uppfattats och förmedlats i enlighet med intervjupersonernas intentioner.

2.3 Fokusgrupper med arbetsgivare

Sammanlagt 20 fokusgrupper har genomförts med arbetsgivar- och verksamhetsföreträdare i kommunerna. Elva fokusgrupper, á 1,5 timme, med Örebro kommun uppdelat mellan Vård- och omsorgsförvaltningen (sex fokusgrupper) och Förvaltningen för sociala insatser (fem fokusgrupper). Nio fokusgrupper, á 2 timmar, med kommunerna Hallsberg, Laxå, Kumla, Lekeberg, Karlskoga, Degerfors, Lindesberg, Nora och Ljusnarsberg. Askersunds kommun och Hällefors kommun har tillfrågats men av olika anledningar valt att inte delta.

Kommunerna har själva fått välja ut vilka funktioner och personer som medverkat i fokusgrupperna. Deltagarantalet har legat mellan ett och sju där den genomsnittliga gruppintervjun inbegripit tre till fyra personer. Deltagarna har mestadels representerats av chefer så som enhetschefer, avdelningschefer, verksamhetschefer och socialchefer; men också övriga funktioner så som undersköterskor, processledare nära vård, utvecklingsledare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig samordnare (SAS). De elva fokusgrupperna med Örebro kommun delades upp för att representera olika verksamhetsområden som exempelvis socialpsykiatri, daglig verksamhet, personlig assistans, bostad med särskild service, barn och ungdom, processledare nära vård, hälso- och sjukvård, hemvård, vårdboende och förebyggande verksamhet.

Information om utredningen och intervjufrågorna gick i förväg ut till deltagarna i fokusgrupperna.

Dokumentation av fokusgrupperna i sin helhet återfinns i *Bilaga 1 Arbetsgivare nio kommuner i Örebro län* och *Bilaga 2 Arbetsgivare Örebro kommun*. Data från fokusgrupperna har aggregerats och sammanställts som resultat i denna rapport.

2.4 Digitala frågeformulär till Komvux

Digitala frågeformulär via Microsoft Forms har gått ut till länets kommunala vuxenutbildningsanordnare, närmare bestämt till ansvariga rektorer eller motsvarande. Svar har inkommit från sex av de åtta Komvux som finns i länet, vilka återfinns i kommunerna Hallsberg (svarar även för Askersunds och Laxå kommun genom Sydnärkes Utbildningsförbund), Kumla, Karlskoga, Örebro, Hällefors och Ljusnarsberg. Svar saknas från utbildningsanordnarna i Nora kommun och Lindesbergs kommun.

Information om utredningen och syftet med frågorna framgick också i mailet med det digitala frågeformuläret som sändes till ansvariga rektorer eller motsvarande.

Data från formulärsvaren har genomgått vissa smärre språkliga justeringar och sammanställts som resultat i denna rapport. De kommunala utbildningsanordnarnas svar redovisas i tabell med syfte att skapa åtskillnad gentemot arbetsgivarnas resultat som ges i löpande text.

2.5 Begrepp

I rapporten används en rad begrepp vars innebörd förtydligas enligt nedan:

- ”Nära vård” avser konceptet ”God och nära vård”.
- ”Individen” avser den enskilde personen vård- och omsorgsbranschen finns till för; invånaren, medborgaren, patienten, kunden, brukaren och så vidare.
- ”Vård och omsorg” avser kommunernas verksamhet för äldreomsorg, service- och omvårdnadsinsatser enligt SoL.
- ”Funktionsstöd” avser kommunernas verksamhet för stöd och insatser enligt LSS och SoL (socialpsykiatri).
- ”Regionen” avser Region Örebro län, alternativt regionen som ospecificerad aktör.
- ”Arbetsgivarna” avser de kommunala bransch- och verksamhetsföreträdarna som medverkat i utredningen genom fokusgrupperna, alternativt de organisationer de företräder.

2.6 Sammanfattningar och slutsatser

Sammanfattande resultat för respektive mål redovisas sist i varje målavsnitt, enligt anvisning nedan.

- 4.3 Sammanfattande resultat för målområde 1: *Kompetensutvecklingsbehov* (sida 18–19).
- 5.4 Sammanfattande resultat för målområde 2: *Utbildningsanordnare* (sida 28–29).
- 6.5 Sammanfattande resultat för målområde 3: *Samverkan* (sida 37–38).

Utredningsövergripande slutsatser och rekommendationer redovisas i slutet av rapporten i avsnitt 7 (sida 39).

3. Resultat: Tolkning av nära vård

Avsnitt 3 beskriver hur arbetsgivarna tolkar nära vård och vad denna omställning innebär i stort utan avgränsning till kompetensområdet.

3.1 Associationer och nyckelbegrepp

3.1.1 Vi samlar mycket av det vi redan gör under ett större paraply

- Personcentrerad vård, IBIC (Individens behov i centrum), rehabiliterande arbetssätt, salutogent synsätt, trygg hemgång, kontinuitet, trygghet, omsorgskontakt – dessa koncept och arbetssätt kan ses inrymmas i nära vård. På så vis arbetar vi redan till viss del med nära vård.
- Viktigt få in nära vård i kedjan av alla insatser och direktiv som redan finns.
- Är inget helt nytt, är bara en ytterligare del som ska stärka individens röst.
- Egentligen har vi arbetat med de här frågorna i många år.

3.1.2 Paradigmskifte

- Det är som att vända ett skepp.
- Det blir ett maktskifte med fokusflyttning från profession till individ. Vi jobbar idag personalfokuserat och ska nu jobba personfokuserat.
- Förändrade förhållnings- och arbetssätt, en reform och kraftsamling för satsning på kvalitet och förebyggande arbete.
- Det är inte en sak som förändras utan många små saker som förändras hela tiden.
- Vi är specialister och duktiga på var sin bit, är skolade så, och behöver nu bli bättre på att se helheten och hela människan.
- Viktigt att förhålla sig till att det är en omställning där det kommer att vara olika stor omställning och kulturflyttning i de olika verksamheterna.
- Det kommer bli mer VFU (verksamhetsförlagt utbildning) i verksamheterna, en mer akademisk miljö.

3.1.3 Samverkan, teamarbete och sömlös vård

- Utökat samarbete med regionen, exempelvis med vårdcentralerna och psykiatrien.
- Det ska finnas några professioner nära individen som vid behov kopplas på och samman.
- SIP-tänket (Samordnad individuell plan) kommer tillbaka.
- Det kommer att bli en annan maktbalans när medarbetare med olika utbildningsbakgrund ska arbeta närmare varandra och i team.
- Det kommer krävas ännu mera ansvarstagande, tillit och relationer.
- För individen ska det inte märkas om det är kommunen eller regionen som agerar.
- Det blir inte så stor skillnad i vad vi gör, vilka arbetsuppgifter vi utför, utan mer utifrån hur vi samverkar.
- Vi behöver överbrygga stuprören i kommunen och sudda ut gränsen mot regionen. Se lösningar tillsammans i stället för gränser.

- Måste hitta glapp där vi inte täcker upp ett behov eller en målgrupp.
- Andra aktörer behöver se individens behov även när uppdraget övergår till kommunen. Hjälpas åt oavsett vart individen är. Göra lite mer utöver vad som formellt ingår i uppdraget, om det är det som krävs för att kunna nå personen.
- Vi kan inte samverka så där i största allmänhet utan det måste finnas något klokt att samverka kring, måste definiera vad vi menar.
- Vi skulle behöva få mer kunskap om varandra, kommun och region, våra olika roller och ansvar.

3.1.4 Vården kommer närmare individen

- Det har varit en stegförflyttning från regionen ut mot kommunerna.
- Individer ska få mer kvalificerad hälso- och sjukvård i hemmet. Ha möjlighet att slippa flytta individen utan i stället flytta vårdresurserna.
- Varje professionsled ska flyttas närmare individen, vi ska vara på vår bästa/lägsta möjliga vårdnivå. Exempelvis ska sjuksköterskor kunna arbeta mer individnära och mindre bakom ett skrivbord.
- Läkare, specialistläkare och specialistsjuksköterskor gör fler hembesök hos individen/på boendet. Dessa professioner måste också finnas tillgängliga i verksamheterna på kvällar och helger.
- Vårdcentraler, öppenvården och specialistmottagningar kommer bli mer aktiva parter.

3.1.5 Individen blir mer delaktig i sin vård

- Egenvårdsutredningen, individen kommer få ett större ansvar för sin egen vård, ska veta hur hen ska hantera sin sjukdom.
- Individen ska bli en tydligare aktiv del av teamet runt sig.
- Anhöriga och samhället behöver inkluderas på ett annat sätt.
- Individen kommer att ha ett ökat behov av stöd/personal i början, som sedan kan minska. Här har kommunens medarbetare och regionen ett stort ansvar att förse individen med kunskap om egenvården.

3.1.6 Förändrad kompetensförsörjning

- Vi behöver höja kompetensen hos de som arbetar närmast individerna. Öka den medicinska kompetensen hos baspersonal men också anställa andra professioner i högre utsträckning, legitimerad personal så som sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Det kan också behövas mer specialistkompetens i kommunen.
- Vi behöver jobba med baspersonalens trygghet.
- Kommer behöva ännu mera samverkanskompetens.
- Höja grundnivån av IT-kompetens, exempelvis gällande distansmöten och egenmonitorering. Dessa arbetssätt innebär också minskad res- och personaltid.
- Vi behöver differentiera arbetsuppgifterna mer.
- Arbeta mer över gränserna och använda varandras kompetenser på enhets-, förvaltnings- och aktörsnivå.
- Vi kan öka kompetensen genom att arbeta mer flexibelt, exempelvis på andra arbetsplatser.

- Vi kanske ska sluta med vissa saker och i stället upphandla städ och tvätt. På så vis kan vi lägga mer tid och resurser på omvårdnad.
- Måste komma till en punkt där vi har en bas med kompetens för att möta människor med större vårdbehov. Lägst vård- och omsorgsutbildning, ha som formellt krav att vara undersköterska.
- I det förebyggande arbetet kan andra kompetenser än omvårdnadspersonal behövas, exempelvis för att lyfta det sociala perspektivet eller i arbetet för att motverka digitalt utanförskap.

3.1.7 Mer förebyggande arbete

- Vi behöver arbeta mer proaktivt, hälsofrämjande och med tidiga insatser för att mota olle i grind. Detta gynnar naturligtvis individen som kan vara frisk längre, men är också nödvändigt för att få vårdresurserna att räcka till.
- Hur får vi ett samhälle som ser till att vi håller oss friska, som skjuter upp vårdbehovet? Medicinska genombrott för de som kräver mycket resurser är en del av lösningen. I grunden handlar det om vad individen behöver för att klara sig, klara av skolan, motverka ensamhet med mera.
- Jobba på många fronter med livskvalitet. Viktigt med det sociala perspektivet i alla verksamheter.
- Arbeta mer stödjande och utvecklande med individer innan de ens är ett namn inom Socialförvaltningen. Samverka med civilsamhället, exempelvis främja äldres hälsa och motverka ensamhet tillsammans med föreningslivet. Också samverka mer internt, exempelvis med Kultur- och fritidsförvaltningen. Släppa in aktörer mot Socialförvaltningarna och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Redan vid biståndsbeslut för hemvårdinsatser jobba proaktivt i fråga om exempelvis fallrisker, bygga in åtgärder i genomförandeplaner.
- Jobba med äldres hälsa för att bibehålla funktioner och slippa inläggningar.
- Använda arbetsterapeuter tidigare.
- Stärka personalen att jobba hälsofrämjandet.
- Alla tycker att det förebyggande arbetet är viktigt men det avsätts inte medel för det.

3.1.8 Enighet i det språkliga

- Vi skulle behöva använda samma begrepp för individen. Inom hemvården och politiken pratar vi om ”kund”, inom vård- och omsorgsboendena ”boende” och inom regionen ”patient”. Ett gemensamt begrepp skulle signalera att vi pratar om samma sak och att vi har ett gemensamt ansvar.
- Lite olyckligt att begreppet är ”nära vård” då dessa förhållningssätt gäller från vaggan till graven och inkluderar socialtjänst, funktionsstödsverksamhet, äldreomsorg och primärvård. Begreppet vård används inte alltid i alla dessa sammanhang även om konceptet nära vård beröra alla dessa sammanhang.
- Inom kommunen kopplas nära vård mest till äldreomsorgen medan funktionsstödsområdet pratar om ”stöd” och ”service”. Funktionsstöd vill generellt heller inte bli förknippade med ”vård och omsorg”, vilket gör detta till en kulturfråga.

3.2 Förhoppningar

- Positivt att kommun och region får samma målbild av nära vård, ett gemensamt arbetssätt. Vi har idag avtal och överenskommelser som inte efterlevs i praktiken som skulle kunna underlättas av att vi jobbar utifrån ett och samma mål.
- Drömmen vore att alla hade samma journalsystem.
- En bättre samverkan. Att folk inte ramlar mellan stolarna. Sudda ut gränserna, att tillgängligheten blir bättre. Att vi blir ett vi som ska hjälpa individen.
- Hoppas det ska fungera bättre än vad SIP gör idag, då dessa är svåra att få till.
- För många av våra individer är det inte hälsosamt att vistas på sjukhus eller gå till vårdcentral, för dem blir det bra att kunna få vård närmare sin vardag.
- Önskescenariot är att sjukvården kan komma till individen i stället för att individen ska behöva ta sig till sjukvården. Detta är särskilt angeläget när det gäller barn.
- Exempelvis är det idag svårt att arbeta med frågan om psykisk ohälsa hos äldre, det fastnar hela tiden, så här kan det bara bli bättre.
- Att flödet, roller och ansvar i psykiatri, kan bli tydligare.
- Kunna få ta del av kompetenser och professioner från regionen i högre utsträckning, exempelvis psykoterapeuter.

3.3 Farhågor

- Det är inte säkert att det blir mer kostnadseffektivt med nära vård, det kan bli dyrare.
- Att kommunen inte får riktade medel för omställningsarbetet, att alla medel går till regionen.
- Att regionen lägger över ansvar på kommunen för tidigt, exempelvis skickar hem individen till boendet utan att lösa/skicka med resurser.
- Samverkan är den största utmaning, kopplat till resurser.
- Att samverkan kommer bli svår, att kommun och region står långt ifrån varandra när det gäller exempelvis kommunikation - både muntligt och journalmässigt.
- Att det uppstår svårigheter utifrån att vi har så mycket utbildad personal.
- En oro kan vara att nationellt fokus ligger på vård och omsorg och att målgruppen inom funktionsstöd glöms bort. Bekymrad att det är på väg åt samma håll här lokalt/regionalt.
- Inom socialpsykiatri finns det inte undersköterskor tillgängliga för vårdinsatser jämt. Om den förväntan läggs på oss kommer vi inte kunna möta upp.
- Det finns risker med att flytta den medicinska vården och slutenvården ut till någon stuga. Hur långt ut kan vi komma, hur långt bort kan jag bo för att få hjälpen? Allt kan inte ske digitalt. Kompetensfrågan blir viktig här. Vi måste ha en realistisk syn på hela vårdkedjan.
- Nära vård är präglad av HSL (hälso- och sjukvårdslagen) och inte omvårdnadsbehovet. På ett sjukhus finns allt, en paketslösning, hjälp med mat och dryck, dusch, kvalificerad vård. Flyttar du hem är HSL-insatserna en del jämte andra biståndsbeslut enligt SoL. Stor skiljelinje, SoL pratar om skälig levnadsnivå.

- Nära vård kan innebära en utökning av antalet platser på exempelvis särskilda boenden. Behövs fler boenden eller behöver befintliga byggas ut?

3.4 Kommunernas nuläge i omställningsarbetet

En vanlig uppfattning bland arbetsgivarna är att nära vård är luddigt och svårt att greppa. Vissa menar att de inte fått så mycket information än, medan andra menar att de är i informationsstadiet och inte kommit till att omsätta något i praktiken än.

Det har framförts uppfattningar att det hitintills handlat mycket om regionens hälso- och sjukvård och att de inte kommit till vad kommunens roll som utförare av primärvård ska vara. Likaså att de idag inte vet vilken väg Örebro län ska ta, att samtal pågår på högsta ort mellan politiker och tjänstepersoner, och att det först är när de bestämt sig som omställningsarbetet kan bli verklighet. Situationen medför en pedagogisk utmaning då arbetsgivarna kan tycka att det blir svårt att uppbringa intresse, engagemang och tid för något som är så ovisst – samtidigt som det är viktigt att vara med i det initiala strategiska arbetet.

En iakttagelse är att det finns en diskrepans mellan de olika professionerna, och särskilt mellan chefsnivåerna, i fråga om information och kunskap om nära vård. Generellt har socialchefer och andra högre chefer mer kännedom om vad nära vård är i jämförelse med enhetschefer. Många chefer ingår i utbildningssatsningar kring nära vård så som SKR:s ledarskapsprogram och dessa har naturligtvis mer kännedom, även om också flera av dem tycker att det finns oklarheter kring nära vård.

Nedan ges exempel på hur kommunerna arbetar med omställningen till nära vård.

Laxå kommun: Jobbar med det egna inre, utvecklar det vi har. Exempelvis att få i gång specialistundersköterskor, digitalisering, titta på våra mötesstrukturer, rutiner, ledningssystem, HSL-frågorna, förbättra flödet mellan enheterna när individer flyttar. Mer sömlöst internt. Vi måste börja med intern tydlighet, annars blir det svårt att veta hur vi ska samverka med andra.

Kumla kommun: Alla enhetschefer inom Socialförvaltningen har gått den stora nära vård-utbildningen via SKR. Vi enhetschefer har sedan suttit och arbetat i smågrupper. I dessa diskussioner har vi varit överens om att titta på vilka resurser vi har i kommunen, inom hela Socialförvaltningen, samt kontaktvägar. När det gäller samtalsstöd exempelvis, har vi någon egen resurs eller ska vi ta hjälp av kurator från vårdcentralen? Det är viktigt att veta vad vi själva har och hur vi kan närma oss varandra – och när vi ska samverka utåt. Individerna ska inte bollas fram och tillbaka i onödan. Dessa gruppsamtal har gett oss aha-upplevelser. Däremot saknar vi forum där båda huvudmännen finns med, kommunen och regionen. Vi kan ha mycket eget tyckande men vi behöver nätverka och lära känna varandra.

Degerfors kommun: Gjort en aktivitetsplan för 2022 och kommer nu gå in mer strukturerat i detta. Steg 1 är en kartläggning, ta reda på vårt nuläge. Behöver börja med att definiera begreppet för att ha en gemensam grund att utgå ifrån. Chefer och nyckelpersoner behöver få mer klarhet först innan vi kan arbeta med konkreta förändringar på hemmaplan.

Nora kommun: Vart vi befinner oss i nära vård-arbetet ser olika ut i kommunen. Från de som fått detaljkunskap och genomfört workshops till de som inte fått någon information alls. Processledaren för nära vård har skapat ett videoklipp som presenterats för många enheter och det finns nu önskemål om att få fördjupa arbetet

praktiskt. Kommunen har startat upp ett demensteam där det ingår en demensspecialiserad undersköterska (håller ihop arbetet), arbetsterapeut, biståndshandläggare och en sjuksköterska från vårdcentralen. Detta är ett utfall av nära vård - att vi vårdgivare jobbar närmare varandra för att bättre möta upp behoven.

Liksom Nora kommun, anger flera kommuner att de kommit olika långt i arbetet med nära vård inom den egna organisationen. I **Hallsbergs kommun** är det stora skillnader mellan verksamhetsområdena. De har kommit längre inom LSS i jämförelse med vård och omsorg på grund av olika förutsättningar, tillgång till metoder och möjlighet att arbeta med det förbyggande arbetet. I **Lindesbergs kommun** framhålls också funktionsstödsområdet och arbetet med individanpassat stöd vara något som ligger i linje med nära vård, medan förändringsarbetet beräknas bli större för regionen men också för de egna arbetsterapeuterna och sjuksköterskorna. **Lekeberg kommun** menar å andra sidan att vård och omsorg har en ganska etablerad samverkan med exempelvis vårdcentralen, att det finns upptrampade stigar, medan funktionsstödsområdet har en längre resa att göra. **Örebro kommun** lyfter fram de förebyggande verksamheterna som några att ligga i framkant med de metoder och arbetssätt som förknippas med nära vård; helhetssyn, inkludering och samverkan.

4. Resultat för målområde 1: Kompetensutvecklingsbehov

Avsnitt 4 berör mål 1. *Behovet av kompetensutvecklingsinsatser för medarbetare är identifierat.*

4.1 Beskrivning av baspersonal

4.1.1 Yrkesroller för baspersonal inom vård och omsorg

Nedan ges en summerande generell bild av vilka professioner och tillhörande kompetensnivåer som utgör baspersonalen i kommunernas vård- och omsorgsverksamheter.

- Vårdbiträde (utbildad och/eller vårdbiträdesutbildning).
- Undersköterska (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Specialistundersköterska, med inriktning mot exempelvis demens, palliativ vård eller psykiatri (yrkeshögskola).

Yrkesrollerna inom vård och omsorg ser tämligen likartade ut. I Örebro kommun och Hallsbergs kommun finns också serviceassistenter (anpassade anställningar). I Örebro kommun finns också driftledare/kvalitetsstödjare (gymnasial vård- och omsorgsutbildning) och driftplanerare (utbildad, gymnasial vård- och omsorgsutbildning).

4.1.2 Yrkesroller för baspersonal inom funktionsstöd

Nedan ges en summerande generell bild av vilka professioner och tillhörande kompetensnivåer som utgör baspersonalen i kommunernas funktionsstödsverksamheter.

- Stödbiträde/vårdare (utbildad).
- Stödassistent/boendestödjare (gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning).
- Handledare/arbetshandledare (utbildad, gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning).
- Personlig assistent (utbildad, gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning, folkhögskola).
- Stödpedagog/boendepedagog (yrkeshögskola, relevant högskoleutbildning).

Yrkesrollerna inom funktionsstöd ser relativt likartade ut även om det förekommer fler yrkesroller och fler titulaturer med motsvarande betydelser, samt flera tolkningar av kompetensnivåer i relation till yrkesrollerna, i jämförelse med vård och omsorg. I Degerfors kommun och Lindesbergs kommun finns också skötare (gymnasial vård- och omsorgsutbildning, yrkeshögskola). Undersköterska, instruktör, fritidsassistent, behandlingsassistent, habiliteringsassistent och verksamhetspedagog är ytterligare exempel på yrkesroller som förekommer i enstaka kommuner.

4.1.3 Kommentarer om yrkesroller och kompetensnivåer

Nedan ges exempel på arbetsgivarnas erfarenheter och synpunkter kring yrkesroller och kompetensnivåer för baspersonal inom vård och omsorg och funktionsstöd.

- Vårdbiträde kan betyda såväl utbildad men också motsvara äldre eller nyare vårdbiträdesutbildning, vilket kan vara bekymmersamt.
- Validering ger inte samma kvalitet som den reguljära gymnasiala utbildningen inom vård och omsorg.
- Det är viktigt att nyttja specialistundersköterskorna rätt. Flera kommuner anger att de är på väg att införa och/eller bättre organisera för dessa tjänster.
- Det är positivt med differentiering av arbetsuppgifter, att införa olika yrkesroller som motsvarar olika kompetenser och utbildningsnivåer.
- Undersköterskor med olika uppdrag i stället för rena administrativa funktioner är att föredra då det skapar större flexibilitet att kunna nyttja medarbetaren i både omsorgsarbete och i det administrativa arbetet.
- När undersköterska blir en skyddad yrkestitel blir det också intressant att se vad Socialstyrelsen anser att stödassistent/boendestödare inom funktionsstöd ska motsvara.

4.1.4 Tillgång till arbetskraft

De flesta arbetsgivare uttrycker svårigheter i olika grad med att rekrytera baspersonal till verksamheterna inom både vård och omsorg och funktionsstöd. De flesta menar också att det blivit allt värre i jämförelse med hur det varit tidigare.

Många beskriver att det generellt är svårt att hitta personal även om det är lättare att få kvalificerade sökande till tillsvidaretjänster. Det är näst intill omöjligt att få utbildad personal till vikarietjänster, ibland kan det till och med vara svårt att hitta utbildad personal till vikariat. Vissa arbetsgivare menar att ”det är hyfsat lätt att hitta personal men inte alltid med rätt kompetens”. Vård och omsorg har i allmänhet fler medarbetare som uppfyller de formella kompetenskraven i jämförelse med funktionsstöd.

Flera arbetsgivare berättar om sökanden som tyvärr inte är anställningsbara på grund av bristande kunskaper i det svenska språket. Några arbetsgivare arbetar med språkombud ute i verksamheterna medan några kommuner tittar på frågan, alternativt är på väg att införa språkombud.

Arbetsgivare berättar också om utmaningen med att utbildade blir inlasade (enligt LAS, Lagen om AnställningsSkydd) vilket medför insatser och kostnader för arbetsgivaren att se till att medarbetare uppnår formell kompetensnivå.

Det går att skönja vissa skillnader i attraktivitet/möjlighet för arbetsgivarna att rekrytera till de olika verksamheterna.

Inom vård och omsorg kan det vara lättare att rekrytera till förebyggande verksamheter så som dagverksamhet, minnesmottagning och anhörigcentrum, samt till vård- och omsorgboende, särskilt nyare profilerade boenden. Det kan vara svårare att rekrytera till hemtjänst/hemvård. Örebro kommun beskriver det som att tillgången till personal inom hemvården ser olika ut beroende på om verksamheten finns i staden eller på landsbygden, där det är lättare att rekrytera till stan än till landet. Detta beror

på att det är körkortskrav för tjänster på landet, samt längre resväg för många vilket kostar både tid och pengar.

Inom funktionsstödsverksamheterna kan det vara lättare att rekrytera till socialpsykiatri, korttids- och fritidsverksamhet. Flera arbetsgivare berättar om undersköterskor från äldreomsorgen som visar intresse av att arbeta inom funktionsstöd. En arbetsgivare beskriver tendensen ”medarbetare halkar in i vård och omsorg medan de mer väljer LSS”. Inom funktionsstöd kan det kan vara svårare att rekrytera till grupp- och servicebostäder där de boende har särskild komplex problematik med exempelvis utåtagerande beteenden. Flertalet arbetsgivare uppger också att det är svårt att rekrytera personliga assistenter, att många sökanden saknar formell kompetens och att det är hög personalomsättning.

4.2 Kompetensutvecklingsområden för baspersonal

4.2.1 Sjukdoms- och branschkunskap

- Diagnoser och blanddiagnoser, samsjuklighet exempelvis funktionsnedsättning/missbruk/åldrande/demens.
- Funktionsnedsättningar, bakgrund, orsak, uttryck, kommunikation.
- Individer med nedsatt beslutsförmåga, demens, hörsel- och synnedsättning.
- Barns fysiska, psykiska och sociala behov.
- Psykiatri, psykisk ohälsa, neuropsykiatri.
- Medicin, HSL, HLR, diabetes, delegeringar.
- Basal omvårdnad, konkret hur arbetet ska utföras, sjukdomslära, anatomi, fysiologi.
- Åldrande, demens, palliativ vård, vad som är normalt åldrande respektive ingår i en sjukdomsbild.
- Missbruk, alkohol, droger och självmedicinering.
- Förflyttningsteknik.
- Hjälpmedel och redskap.
- Service.
- Nära vård, information om vad omställningen innebär.

4.2.2 Arbetssätt och metodik

- Bemötande, lågaffektivt bemötande, pedagogik, hantera utåtagerande beteende, oro och ångest.
- Samtalsteknik, MI, validation, svåra samtal, möta anhöriga i kris och sorg, hur samtal jag med någon för att få den information jag behöver för att kunna göra ett bra jobb?
- Värdegrund, etiskt förhållningssätt, självbestämmande.
- Rehabiliterande förhållningssätt.
- Förebyggande arbete, hälsofrämjande arbete, viktnedgång, kost, alkohol med mera.
- Personcentrerad vård, individanpassning, tjänstedesign.
- Salutogent arbete.
- Bedömning av allmäntillstånd, vad jag bör reagera på hos en person.
- Avvikelsehantering.
- De rekommenderade arbetssätten för LSS-verksamhet/ Socialstyrelsen.

- Systematiskt kvalitetsarbete.

4.2.3 Juridik, roller och ansvar

- LSS – vad är intentionen bakom lagen? Prejudicerande domar för att bena i frågor om exempelvis självbestämmande.
- SoL och HSL, lagrum som styr arbetet.
- Sekretess, trygga personalen i vad de får och inte får prata med exempelvis anhöriga om.
- Egenvård.
- Begränsningsåtgärder.
- Vår egen roll och andra huvudmäns roller. Samhandling utifrån roller och ansvar inom en kommun och mellan exempelvis kommun och region.
- Rollen som baspersonal, möjligheter och skyldigheter utifrån lagrum, trygga medarbetarna i utförandet av våra ärenden.

4.2.4 Samverkan

- Medskapande och delaktighet för individen, empowerment.
- Samverkanskunskap - med andra professioner och aktörer, konkret hur medarbetare deltar och representerar vid möten.
- Anhöriga och föräldrars roll och ansvar och hur vi samspelar.
- Samverkan enligt SIP och RACT – Resursgrupps ACT.

4.2.5 Digitalisering, teknik och dokumentation

- Välfärdsteknik, göra medarbetarnas mer bekväma att använda digital teknik, både för egen del och för att kunna stödja individen.
- Datakunskap, olika verksamhetssystem, träna färdigheter.
- Dokumentation och uppföljning, IBIC, genomförandeplan, individens delaktighet och inflytande, planera vården och insatserna.

4.2.6 Språk

- Kunskaper i svenska för de med annat modersmål.
- Språkombud, behövs fler ute i verksamheterna.
- Kunskaper i svenska för de med svenska som modersmål, även denna målgrupp kan behöva höja språkkunskaperna kopplat till exempelvis dokumentation.
- (Viktigt att det finns andra vägar in till branschen, yrkesroller med lägre trösklar, exempelvis serviceassistenter.).

4.3 Sammanfattande resultat för målområde 1: Kompetensutvecklingsbehov

Utredningens första mål är att betrakta som uppnått, *Behovet av kompetensutvecklingsinsatser för medarbetare är identifierat.*

Arbetsgivarnas kompetensutvecklingsbehov har inventerats och aggregerats till rubrikerna/områdena Sjukdoms- och branschkunskap, Arbetssätt och metodik, Juridik, roller och ansvar, Samverkan, Digitalisering, teknik och dokumentation och Språk. Exempel på specifika kompetensområden som många arbetsgivare lyft fram som relevanta att kompetensutveckla inom är psykiatri, medicin, basal omvårdnad, åldrande, demens, palliativ vård, bemötande, samtalsmetodik, lagstiftning, samverkan, roller och ansvar, dokumentation samt språkkunskaper i svenska.

Även målgruppen medarbetare, baspersonalen inom vård och omsorg och funktionsstöd, har ringats in och beskrivits utifrån yrkesroller, titulaturer och tillhörande kompetensnivåer. Här blev det tydligt att yrkesrollerna inom vård och omsorg är färre och mer enhetliga i jämförelse funktionsstödsområdet som ger en mer komplex bild. I kommentarer kring yrkesrollerna har flera arbetsgivare problematiserat att vårdbiträde kan betyda såväl utbildad som utbildad samt lyft fram vikten av att nyttja specialistundersköterskor på rätt sätt. Arbetsgivarnas tillgång till adekvat arbetskraft har också undersökts och uppvisar varierade bilder om än många utmaningar.

5. Resultat för målområde 2: Utbildningsanordnare

Avsnitt 5 berör mål 2. *Aktörer/utbildningsanordnare som kan tillgodose kompetensutvecklingsinsatserna är identifierade.*

5.1 Arbetsgivaren som intern utbildningsanordnare

5.1.1 Möjligheter med internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser i egen regi

Arbetsgivarna är generellt positiva till att den egna arbetsgivarorganisationen/förvaltningen ombesörjer lärande- och utbildningsinsatser. Samtliga arbetsgivare arbetar med detta på både likartade och olikartade sätt. Många framhåller dock att internt lärande och kompetensutveckling i egen regi ”skulle kunna göras i högre utsträckning” och att ”det skulle kunna utvecklas ännu mer”.

Det kan finnas stora vinster med att vara en lärandeorganisation. Utöver konkret kunskapshöjning inom olika områden bidrar möten och erfarenhetsutbyten inom och mellan yrkesroller till omvärldsspaning, perspektiv och förbättrad samverkan. Det kan också upplevas som stärkande att ingå i forum för att diskutera angelägna frågor liksom att få vara sakkunnig och erbjuda kunskap och stöd till kollegor.Handledning, mentorskap och hospitering är några exempel på mer formaliserade lärandeformer. En arbetsgivare uttrycker det som ”att få praktisera och reflektera tillsammans är det bästa sättet att lära sig”, en annan menar att det ”blir slöseri om vi bara pumpar fakta, det kommer en aldrig ta till sig” och ”vi skulle behöva fundera mer på hur vi bygger upp utbildningar - den kortaste utbildningen kan vara den mest ineffektiva”.

En ytterligare skarp anledning till att arbeta med lärande och utbildningsinsatser inom den egna organisationen är myndigheternas krav på arbetsgivare utifrån kvalitet och formell kompetens. Av denna orsak behöver arbetsgivare ständigt arbeta med att höja kompetensen hos utbildade medarbetare. Det kan också vara viktigt att satsa på de timanställda medarbetarna för att höja kompetensen men också för att öka chansen att få behålla dem. Utvecklingsinsatser för tillsvidareanställd personal är naturligtvis också viktigt för att bibehålla och höja kvaliteten och för att uppfattas som en attraktiv arbetsgivare.

Flera arbetsgivare menar att internt lärande är ett förhållningssätt. Att ”plocka in enkla saker för att sätta fokus på lärande” i kontrast till att ”vi begränsar oss i att tänka att internt lärande är lika med att åka i väg på kurs”. Det kan handla om att arbeta med tillitsbaserad styrning, låta medarbetare kliva fram och få dem att blomma. Utöver denna kulturella aspekt kan en viktig förutsättning för internt lärande vara att skapa stödjande och långsiktiga strukturer. Strukturer kan skapa överblick, kontinuitet och transparens vilket gör det enkelt för medarbetare och chefer att få kännedom om exempelvis utbildningsutbud, personlig expertis och kontaktvägar. Kommunernas ledningsgrupper kan här fylla en viktig funktion med att ge förutsättningar.

5.1.2 Hinder för internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser i egen regi

Det finns många faktorer som kan försvåra för den egna arbetsgivarorganisationen/förvaltningen att kunna ombesörja lärande- och utbildningsinsatser. Nedan presenteras några av de mest framträdande hindren.

De ekonomiska resurserna är begränsade och utbildning kostar. Flera kommuner berättar om effektiviseringar och utbildningsstopp. En arbetsgivare menar att ”vi kommer snart inte ha något att förvalta om vi inte kan utveckla”. Utan satsningar blir det svårt att arbeta med kvalitet i verksamheterna och att kunna attrahera och behålla arbetskraft.

Vikariebrist gör det svårt att bemanna när ordinarie personal ska gå utbildning. Detta gör det särskilt svårt för en hel personalgrupp att kunna gå på utbildning samtidigt.

Det saknas tid, ekonomi, personella resurser och organisering för reflektion, praktisk tillämpning och uppföljning av utbildningsinsatser. Dessa förutsättningar och aktiviteter skulle behöva planeras in och beaktas vid varje utbildningstillfälle. En arbetsgivare beskriver det som ”webbutbildningarna är bra men någonstans skulle vi behöva säkra upp vad personerna har tagit till sig mer praktiskt”. En annan arbetsgivare menar att ”utbildningar med en struktur som inkluderar återkommande nätverksträffar är att föredra”.

Tidsbrist och välfyllda kalendrar förhindrar samverkan både inom och mellan olika professioner. Avsaknad av tid gör exempelvis att sjuksköterskor inte hinner arbeta nära och handleda baspersonal, något som förekommer mer förr och som efterfrågas idag.

Digitala förutsättningar för att kunna tillgodogöra sig utbildning och information på webben är begränsade. Det kan exempelvis saknas datorer och projektorer i verksamheter och i möteslokaler.

Chefer saknar kunskaper i förändringsledning och ser inte möjligheterna att integrera lärande som en del av arbetet. Kunskapsutbyten kan idag exempelvis förekomma på APT men skulle kunna göras i högre utsträckning och i annorlunda tappning.

Arbetsgivaren ”utbildar utan större plan och strategi och inte alltid utifrån behov”. Utbildningsinsatserna skulle behöva utgå mer från tydligt identifierade behov och ett strategiskt helhetsperspektiv med framförhållning, samordning och uppföljning. Bristerna i överblick och systematik gör det också ”svårt att nyttja hela kommunen då det saknas nätverk, vet inte vem vi ska kontakta”. Här skulle det kunna vara bra med en gemensam plattform för information. En arbetsgivare påtalar den lilla kommunens begränsade resurser där de saknar någon som kan jobba strukturerat och långsiktigt med frågorna. Samtidigt har den lilla kommunen fördelen att det är enkelt att nå ut till hela organisationen.

Personalomsättning och att nyckelpersoner med kompetens försvinner. Omsättning av personal kan bidra till en känsla av hopplöshet och att ”det inte är någon idé” att satsa på kompetensutveckling då ”den ändå snart försvinner bort”. Digitala utbildningar kan vara ett sätt att minska sårbarheten.

Det kan vara svårt att skapa målgruppsanpassade utbildningar. Det kan vara tufft att som arbetsgivare kräva att internutbildare ska kunna anpassa lärandet till en medarbetargrupp. Kunskapsnivåerna hos mottagarna i gruppen kan se väldigt olika ut, från de som inte vet vad en genomförandeplan är till de som gått MI-utbildning. Detta

väcker frågeställningen om det ibland kan behövas viss pedagogisk utbildning för att kunna arbeta med lärandeorganisationer.

Det kan vara resurskrävande att nyttja sin egen verksamhet. Det krävs både ekonomi och bemanning för att medarbetare ska kunna arbeta med sidouppdrag, så som kompetensutvecklingsinsatser.

5.1.3 Generella exempel på hur arbetsgivare arbetar med intern lärandeorganisation

Arbetsgivarna arbetar delvis på likartade sätt i fråga om internt lärande och egna kompetensutvecklingsinsatser. Nedan ges några generella exempel.

Stödpedagoger/boendepedagoger inom funktionsstöd stödjer, handleder och sprider kunskap i den egna enheten eller mer övergripande. De pedagogiska funktionerna samverkar med varandra i enhetsövergripande forum. De kan anordna olika utbildningar i exempelvis social dokumentation och lågaffektivt bemötande.

Specialistundersköterskor finns i flera kommuner och är på väg att införas i andra. De finns med inriktningar så som demens, psykiatri, palliativ vård och välfärdsteknik. Arbetsgivarna omtalar dessa funktioner i positiva underlag med förväntan om att de ska kunna bidra med fördjupad kvalitet, expertis och kompetensutveckling.

Ombudsroller kan finnas inom en rad olika områden, exempelvis språk, hygien, HLR och förflyttning. I vissa kommuner finns det ett ombud på varje arbetsplats. En arbetsgivare beskriver det som att de "satsar på några nyckelspelare som sedan kan vidareutbilda brett". Många arbetsgivare menar att de behöver förtydliga och strukturera upp hur ombuden ska jobba så att de nyttjas rätt och att det inte blir upp till varje enhetschef att uppfinna.

Det är vanligt förekommande att de egna arbetsterapeuterna och sjuksköterskorna kompetensutvecklar inom förflyttningsteknik och HSL-relaterade frågor. Detta kan ske på regelbunden basis eller vid behov.

Det förekommer också att arbetsgivarna lånar ut resurser och utbildar varandra. Exempelvis kan medarbetare från vård och omsorg gå in och ge stöd till funktionsstödsenheter vid palliativ vård. APT omnämns ofta som ett forum där det lämpar sig att bjuda in olika professioner och sakkunniga.

Flera kommuner har tagit fram egna webbutbildningar medan andra arbetar med att bygga upp det digitala lärandet. Pandemin har bidragit till att påskynda det digitala utvecklingsarbetet i stort.

5.1.4 Kommunspecifika exempel på hur arbetsgivare arbetar med intern lärandeorganisation

Precis som att det finns gemensamma nämnare för hur arbetsgivarna arbetar med internt lärande och egna kompetensutvecklingsinsatser så finns det unika arbetssätt. Nedan ges några konkreta exempel från respektive kommun.

Hallsbergs kommun

- Har Brukarkollegium som är ett diskussionsforum för individärenden inom funktionsstöd. Jobbar med Smarta mål som metod vilket också genomsyrar genomförandeplanerna.
- Har Teamträffar för individärenden inom vård och omsorg där legitimerad personal och kontaktperson deltar. Arbetar utifrån IBIC, riskbedömning och Senior alert.
- Har en Kvalitetsgrupp som leds av verksamhetschefen för LSS där deltagarna består av samtliga stödpedagoger plus en till två medarbetare från varje enhet. Gruppen delar kunskaper och löser problem med återkoppling till och från enheternas APT. Hemtjänsten har också en Kvalitetsgrupp.

Laxå kommun

- Håller på att bygga upp en digital plattform för kompetenshöjande insatser som ska vara tillgänglig för alla. Samla skriftlig information och filmer. Exempelvis ska del av lyftutbildningen bli digital.
- Försöker använda socialsekreterare och enhetschefer vid planeringsdagar. Ta hjälp och nyttja de kompetenser som finns.

Kumla kommun

- En ansvarig enhetschef och stödpedagogerna inom LSS håller i ett Baskunskapsprogram på sex tillfällen utifrån olika teman. Utbildningen är till för all ny personal och de som behöver påfyllnad inom något särskilt område.
- En enhetschef har gått utbildning i skonsam skyddsteknik, handlar om lågaffektivt bemötande, och ska hålla i detta för alla personal framöver.
- På korttids finns teamsamverkan med HSL-personal, uppföljning varje dag och mer formell uppföljning av mål och vistelse en gång i veckan. Två undersköterskor har särskilda uppdrag som utvecklingsledare respektive koordinator och hjälper till att sprida kunskap om exempelvis uppföljning.

Lekebergs kommun

- MAS utbildar medarbetare inom särskilt boende i BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens).
- En intern controller på Socialförvaltningen håller i ett nätverk för ombud.

Örebro kommun

- Det finns en internutbildarorganisation på tre nivåer, introduktion, fördjupning och specialisering. Dessa nivåer ingår i medarbetarnas kompetensutvecklingsplaner.
- Det finns material, exempelvis filmer, gällande förflyttningskunskap och lyftkörkort som används internt men som också delas med de andra kommunerna i länet. MAR-nätverket är viktigt här.
- Just börjat med tvilling- och trillingskap för enhetschefer vilket kan bidra till ökat samarbete och lärande över enhetsgränserna, inklusive möjlighet att dela på timvikarier.
- Påbackning från IVO, samt arbete med avvikelsehantering, hanteras som en lärandeprocess där informationen sprids och frågorna diskuteras i organisationen. Det blir tillfällen att förbättra rutiner och stödmaterial.
- Det sker utbyten mellan funktionsstöd, vård och omsorg och IFO för att få ökad kunskap och förståelse för varandras roller och ansvar.

Karlskoga kommun

- Enhetschefer har hållit genomgångar om SoL och LSS.
- Det finns en plastarm som åker runt mellan vårdboendena för att personalen ska kunna träna sig i att ta venprov.
- En undersköterska som är förflyttningsinstruktör håller kontinuerligt i utbildningar om förflyttnings- och lyftteknik och utbildar också i hot och våld vid behov.

Degerfors kommun

- Det finns ett demensteam bestående av en arbetsterapeut och en MAS som systematiskt vidareutbildar medarbetare inom Senior alert och BPSD.
- Personal från socialpsykiatrin har bjudits in till hemtjänsten för att prata om förhållningssätt och arbete med personer som har en psykiatrisk problematik.

Lindesbergs kommun

- En enhetschef från funktionsstöd utbildar medarbetare i psykiatri på basnivå. Enhetschefen har också lånats ut till vård och omsorg.
- Sjuksköterskor, men också Vuxenheten (IFO), utbildar och handleder baspersonal i individärenden, exempelvis i missbruksfrågor.

Nora kommun

- Har två instruktörer som arbetar utifrån utbildningsmodellen Stjärnmärkt som utgår från personcentrerad vård och teamarbete. Instruktörerna utbildar personal inom vård och omsorg och biståndshandläggare.
- Inom funktionsstöd erbjuds medarbetare RACT-utbildning som är en metod för samordning av insatser inom psykiatri. En stödpedagog ska bli metodstödare och vara med och hålla i ett RACT-nätverk i norra länsdelen.
- Specialistundersköterskor från Dementsteamet är ute och handleder på enheterna. Oftast handlar det om bemötandeproblematik där de ibland får kliva in och vara med i arbetet.

Ljusnarsbergs kommun

- Haft väldigt framgångsrikt arbete under pandemin med en av sjuksköterskorna som fick ansvar för att utbilda all personal i föreskrifter om smittskydd, rutiner, praktiska övningar och covid.
- Har påbörjat arbetet med att bli stjärnmärkta där två medarbetare gått utbildning hos Svenskt Demenscentrum. Tanken är att dessa medarbetare sedan blir ansvariga för att kontinuerligt kompetensutveckla verksamheterna.

5.2 Komvux och andra externa utbildningsanordnare

5.2.1 Kommunala vuxenutbildningsanordnare i länet

I Örebro län finns kommunal vuxenutbildning i:

- Hallsbergs kommun, Allévux (svarar även för kommunerna Askersund och Laxå genom Sydnärkes Utbildningsförbund).
- Kumla kommun, Vuxenutbildningen.
- Karlskoga kommun, Vuxnas lärande.

- Örebro kommun, Komvux.
- Nora kommun, Vuxenlärandeenheten Hjernet.
- Lindesbergs kommun, Vuxenutbildning Masugnen.
- Hällefors kommun, Komvux.
- Ljusnarsbergs kommun, Komvux.

Komvux i kommunerna Hallsberg, Kumla, Karlskoga, Örebro, Hällefors och Ljusnarsberg är de som medverkat i utredningen och kommer nedan omnämnas som ”utbildningsanordnarna”.

5.2.2 Övriga externa utbildningsanordnare relevanta för arbetsgivarna

Regionen: alla delar av organisationen inklusive de olika förvaltningarna, däribland Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och förvaltningen Regional utveckling där området Velfärd och folkhälsa ingår. Centrum för hjälpmedel, Syncentralen, Habiliteringen och Regionhälsan är exempel på verksamhetsgrenar som omnämns vara relevanta kompetensaktörer.

Regionen kan agera som utbildningsanordnare, utbildningssamordnare eller representera enskilda personer/funktioner som bistår med lärande och kunskapshöjande insatser, så som hygiensjuksköterskor.

Regionen har i någon form agerat som lärande- och/eller utbildningsaktör inom exempelvis kunskapsområdena: vårdhygien, medicinsk teknik, MI, suicidprevention, missbruk, psykiatri, förvärvad hjärnskada, covid -19 och ”delaktighetsmodellen”. Utbildningscentrum arrangerar årligen en konferens och tillika hälso- och sjukvårdsdag för undersköterskor och skötare (även kallad ”Undersköterskans dag”) som är väldigt populär och uppskattad av arbetsgivarna.

Statliga aktörer: exempelvis Socialstyrelsen, Karolinska Institutet och Svenskt Demenscentrum. Dessa aktörer erbjuder framför allt webbutbildningar.

Privata företag: exempelvis Valideringsverkstan, Lära, HLR-konsulten, KUI (KompetensUtvecklingsInstitutet) och Lingio.

Övriga aktörer: exempelvis Vårdförbundet och Nerikes brandkår.

5.2.3 Förutsättningar för arbetsgivarna att kunna nyttja olika utbildningsanordnare

Ekonomi: egna medel eller extern finansiering, exempelvis statsbidraget Äldreomsorgslyftet. Flera arbetsgivare berättar om utbildningsinsatser som möjliggjorts via stimulansmedel och hur hjälpsamt det har varit. Detta uppges också vara ett utvecklingsområde, att arbetsgivarna skulle kunna bli duktigare på att söka extern finansiering. En arbetsgivare inom funktionsstöd menar att vård och omsorg ofta premieras i dessa sammanhang då det riktas särskilt fokus och statliga medel till äldreområdet. En annan arbetsgivare reflekterar över att ”vi chefer behöver påpeka värdet av att även baspersonal får kompetensutveckling och tid att reflektera” och med detta följer ekonomiskt utrymme.

Tid: det är svårt att få medarbetarna att räkna till allt möjligt. Vissa verksamheter har slimmats så att det i princip bara finns tid att utföra insatserna. ”Resurstid” för

deltidsarbetande medarbetare kan möjliggöra utrymme för kompetensutveckling. Tajming, planering och god framförhållning är andra relevanta tidsaspekter.

Flexibilitet: att det finns fysiska och digitala utbildningar, flera utbildningstillfällen att välja på och att utbildningen kan ges lokalt.

Kompetensutvecklingsbehov är identifierade: att det finns inventeringar av vad medarbetarna och verksamheterna verkligen behöver. Det är viktigt med matchning och att utbildningsinsatserna fyller ett tydligt syfte.

Målgruppsanpassning: utbildningar kan vara för generella, ha ”fel” inriktning eller vara på ”fel” nivå, exempelvis språkligt eller utbildningsmässigt, varpå de inte blir relevanta. Likaså här blir matchningen viktig.

Kunskap om vilka utbildningsanordnare som finns: kännedom om möjliga utbildningsaktörer och kontaktvägar till nyckelpersoner är avgörande för att arbetsgivare ska kunna tillskansa sig extern kompetensutveckling. Flera arbetsgivare menar att de inte har ”koll” på vad som finns och att det allt för ofta hänger på personliga kontakter i fråga om tillgång till vissa regionala resurser/kompetensinsatser.

Relation: dialog och samverkan mellan arbetsgivare och utbildningsanordnare kan vara avgörande för att få till stånd flexibla, branschanpassade utbildningsinsatser. Framgångsfaktorer kan vara att parterna har samma intresse och mål och att det inte blir fokus på formalia.

5.3 Komvux möjligheter att möta upp arbetsgivarnas kompetensbehov

5.3.1 Utbildningsinsatser på uppdrag av kommunala arbetsgivare

	Erfarenhet av att genomföra utbildningsinsatser för anställd personal på uppdrag av kommunala arbetsgivare inom vård och omsorgs och/eller funktionsstöd
Hallsbergs kommun, Allévux	Inte i stor omfattning. Utifrån förfrågan om riktade utbildningsinsatser från medlemskommunerna har vi kunnat erbjuda det som upphandling. Det ligger utanför vår egen budget.
Kumla kommun, Vuxenutbildningen	Utöver utbildningsinsatser inom Äldreomsorgslyftet och tidigare undersköterskeutbildning för visstidsanställda, har vi utformat en utbildning som utgår från en målgrupp med svaga språkkunskaper. Denna målgrupp utgörs av ett antal undersköterskor från äldreomsorgen i Kumla kommun.
Karlskoga kommun, Vuxnas lärande	Både vi utbildningsanordnare och arbetsgivarna i kommunen har sökt medel som gjort det möjligt att skapa utbildningar, bland annat inom Äldreomsorgslyftet. Skolan har en kontinuerlig dialog med arbetsgivarna om behov och möjligheter. Vi har skapat kompetenshøjande utbildningar utifrån deras önskemål och förutsättningar. Det är inte enbart kopplat till att ekonomiska medel finns.
Örebro kommun, Komvux	Inom Äldreomsorgslyftet tar vi fram utbildningar som arbetsgivaren vill ha, både för vårdbiträde och kompetensutveckling för undersköterskor som ska motsvara de kommande kraven för den skyddade yrkestiteln.

	Vi samverkar med arbetsgivarna gällande validering. Insatser inom Äldreomsorgslyftet sker med anledning av ekonomiska förutsättningar och validering sker i samverkan kontinuerligt varje höst och vår. Samverkan med arbetsgivare är god och är något vi kommer fortsätta med oavsett tillfälliga ekonomiska medel. I samverkan genomförs också handledarutbildningar regionalt där utbildningen hanteras inom utbildarens organisation utan kostnad för arbetsgivare (de möjliggör för medarbetare att delta). Samverkan sker även inom ledningsgrupp för YH regionalt, ansökningar och kursinnehåll osv. Samverkan gällande utbildning av språkombud sker också fram till årsskiftet (–2022).
Hällefors kommun, Komvux	Vi har tidigare utbildat personal på uppdrag av omsorgsenheten i samband med att titulaturen gjordes om. Vi köper vår utbildning från en extern aktör och jag vet att kommunen som arbetsgivare inom omsorgen även har köpt hygienutbildningar av samma företag för att utbilda vikarier m. fl. under pandemin.
Ljusnarsbergs kommun, Komvux	Inom ramen för Äldreomsorgslyftet utbildas åtta heltidsstuderande personer.

5.3.2 Utbildningsanordnarnas möjlighet till branschanpassning och viktiga förutsättningar för att säkerställa kvalitet i utbildningen

	Möjlighet att anpassa utbildningsinnehållet till arbetslivets behov	Viktiga förutsättningar för att kunna säkerställa relevant och kvalitativt utbildningsinnehåll
Hallsbergs kommun, Allévux	Upphandlade kurser kan vi anpassa helt efter önskemål och behov, vilket sker i dialog med uppdragsgivaren. I de reguljära kurserna har vi förstås kursplaner att följa som grund men innehåll och vad som behöver hanteras/justeras i kurserna diskuteras i programråd och i kontakter via APL.	- Lärresurser, behöriga lärare. - Tillgång till APL-platser, vilket kan vara särskilt svårt inom områdena LSS och psykiatri.
Kumla kommun, Vuxenutbildningen	Vi har upphandlat utbildning inom vård och omsorg och tillsammans med vår utbildningsleverantör kan vi erbjuda tidigare utformade eller nyutformade utbildningar.	- Generell kompetens inom utbildning. - Upphandlingskompetens. - Tid/resurser för uppföljning av upphandlade utbildningar.
Karlskoga kommun, Vuxnas lärande	Vi har goda möjligheter att anpassa utbildningsinnehållet men utgår givetvis ifrån Skolverkets kursplaner. Det kan också vara kopplat till den kompetens som vi har i vårt lärarlag.	- Ekonomiska förutsättningar. - Rätt lärarkompetens. - Rimlig tid för planering och genomförande av utbildningarna. - Våra tidigare utvärderingar är viktiga underlag när vi för samtal om nya utbildningsbehov.
Örebro kommun, Komvux	Vi anpassar efter arbetsgivarnas behov fullt ut under förutsättning att styrdokument följs.	- Tid för planering och diskussion med arbetsgivare. - Legitimerade yrkeslärare. - Kompetensutvecklingsinsatser för vårdlärare.

		• Utbildningsinsatser för elevgrupper utifrån eventuella behov. • Flexibilitet i organisationen, lösningsinriktad ledning. • Ekonomi. • Säkrade och kvalitativa APL-platser.
Hällefors kommun, Komvux	Då vi själva köper utbildningen från extern aktör är det ekonomi som styr vilka möjligheter vi har att skapa fler utbildningar. Innehållet i våra ordinarie utbildningar anpassas till branschen så till vida att vi tar emot erfarenheter från utvärderingar/samtal och branschråd och utvecklar vår verksamhet efter det.	• Ekonomi. • Viljan från utbildningsföretag att samarbeta med en liten kommun med relativt litet elevantal. (Vi har för få elever för att kunna anställa lärare som utför utbildningen i egen regi)
Ljusnarsbergs kommun, Komvux	Genom att validera/utbilda mot delar av det nationella yrkespaketet inom vård- och omsorg.	• Tydlig behovsprecisering från "beställaren". • Eget kvalitetsarbete kopplat till utbildningen vi bedriver/köper in.

5.4 Sammanfattande resultat för målområde 2: Utbildningsanordnare

Utredningens andra mål är att betrakta som uppnått, *Aktörer/utbildningsanordnare som kan tillgodose kompetensutvecklingsinsatserna är identifierade.*

I intervjuer med arbetsgivarna framkom att den egna arbetsgivarorganisationen/förvaltningen utgör en viktig aktör för att tillhandahålla kompetensutvecklingsinsatser och lärande. Arbetsgivarna uttrycker många vinster med intern lärandeorganisation, exempelvis kan det bidra till bättre praktisk tillämpning av kunskaper, kollegial samverkan och kompetensöverföring över gränserna, samt att medarbetare får blomma ut. Det finns också hinder för att arbeta med kompetensutveckling i intern regi, exempelvis ekonomiska begränsningar, vikariebrist och avsaknad av strategisk samordning. Arbetsgivarna har till viss del likartade funktioner och metoder för arbete med internt lärande. Exempelvis finns det funktioner/roller med särskilt uppdrag att bidra med kunskapsöverföring och handledning gentemot kollegor; det kan vara specialistundersköterskor, pedagogfunktioner inom funktionsstöd och ombud inom olika områden. APT omnämns ofta som ett forum som nyttjas, och skulle kunna nyttjas mer, för att lära av varandra.

Tidigt i utredningen antogs den kommunala vuxenutbildningen vara en relevant utbildningsaktör varpå rektorerna kontaktades för att medverka via digitala frågeformulär. I intervjuer med arbetsgivarna bekräftades bilden att Komvux är en naturlig samverkanspart angående kompetensförsörjning av nya medarbetare, validering och kompetensutveckling av befintliga medarbetare. Samtliga Komvux-utbildare har erfarenhet av att genomföra utbildningsinsatser för anställd personal på uppdrag av kommunala arbetsgivare inom vård och omsorg och/eller funktionsstöd, ofta med externa medel inom exempelvis Äldreomsorgslyftet. Komvux har goda möjligheter att anpassa utbildningsinnehållet till arbetsgivarnas behov såtillvida

Skolverkets kursplaner följs. Ekonomi, lärarresurser, tillgång till APL-platser och eget kvalitetsarbete utgör viktiga förutsättningar för att Komvux ska kunna leverera relevant och kvalitativt utbildningsinnehåll.

Regionen är den tredje ”stora” kompetens- och utbildningsaktören för arbetsgivarna. Regionen omnämns på ett mångfacetterat sätt och inkluderar olika förvaltningar och verksamhetsgrenar, ofta oklart vilken del i organisationen som arrangerar vad. Från arbetsgivarnas perspektiv kan regionen fungera som anordnare eller samordnare av olika utbildningar och nätverk likväl som de utgör en organisation med specialistkompetens där enskilda funktioner/personer kan bistå dem med lärande och kunskapshöjande insatser, exempelvis hygiensjuksköterskor.

Därtill uppger arbetsgivarna exempel på statliga, privata och övriga aktörer som tillhandahåller relevanta utbildningar, många gånger webbaserade.

För att arbetsgivarna ska kunna nyttja olika utbildningsanordnare behövs vissa förutsättningar. Det kan handla om ekonomi, tid, flexibilitet, målgruppsanpassning, att kompetensutvecklingsbehov är identifierade, kunskap om vilka utbildningsanordnare som finns, samt goda relationer.

6. Resultat för målområde 3: Samverkan

Avsnitt 6 berör mål 3. *Intresset för samverkan i kompetensutvecklingsfrågorna är identifierat.*

6.1 Arbetsgivarnas forum för samverkan om kompetensutvecklingsfrågor

6.1.1 Exempel på lokala forum och länsdelsforum

I Örebro kommun finns mötesforumet AU-kompetens i både Vård- och omsorgsförvaltningen och i Förvaltningen för sociala insatser. De är beredande och icke beslutande forum inför ledningsgruppsmöten, helt inriktade på kompetensfrågorna.

En arbetsgivare från vård- och omsorgsverksamheten i Lindesbergs kommun berättar att de utifrån arbetet med nära vård har startat tre samverkansforum tillsammans med regionen (norra, södra och centrala Lindesberg, kopplat till de 3 vårdcentraler som finns). I dessa samverkansforum ingår funktioner som sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut, fysioterapeut och chefer från både regionen och Lindesbergs kommun. Det finns också en styrgrupp bestående av MAS, HSL-chef, verksamhetschef vård och omsorg och chef för regionen. De kommer bjuda in funktionsstödsverksamheten i kommunen i forumet längre fram.

Flera arbetsgivare berättar om olika samverkansgrupper och nätverk som finns länsdelsvis. En arbetsgivare från Laxå kommun beskriver exempelvis att de ingår i ett samverkansforum för västra länsdelen där kommunerna och regionen behandlar operativa driftsfrågor som hemtagning, medicinska aspekter, vårdplanering, närsjukvårdsteam och psykisk hälsa. Frågor om kompetensutveckling skulle också kunna ingå, men gör det inte idag.

6.1.2 Vård- och omsorgscollege

Många arbetsgivare omnämner samverkansorganet Vård- och omsorgscollege i positiva ordalag. Det är ett forum som ger nätverk, kontaktvägar, omvärldsspaning, dialog med andra delar av regionen och främjar konkret samarbete med utbildningsanordnare och privata aktörer. Några arbetsgivare kommenterar forumet med ”ska återcertifieras, känns bra att fortsätta samarbetet”, ”ett bra nätverk och jätteviktigt för oss som liten kommun” och ”är ett bra forum som skulle kunna nyttjas bättre”.

Exempel på svagheter med Vård- och omsorgscollege är hög personalomsättning i grupperna, mycket formalia, otydlig struktur mellan lokal och regional nivå och att det är tungrott - svårt att få fart i frågorna, tar tid att få svar.

Arbetsgivarna har flera utvecklingsförslag gällande Vård- och omsorgscollege och kopplingen till den egna organisationen. Exempel på förslag är ”vi skulle kunna prata mer kompetensutveckling än vi gör, ställa frågor på ett helt annat sätt”, ”skulle vilja skapa ett forum där parterna inom kommunen träffas, skolorna och arbetslivet, inte bara i styrgrupp för Norra länsdelen”, ”behöver dock utveckla det interna flödet

mellan arbetena på lokal och regional nivå samt hur arbetet dockar in i kommunens övriga strukturer” och ”önskar mer samordning mellan kommunerna gällande exempelvis språkbud och validering. Tänka nytt för att klara kompetensförsörjningsutmaningen”.

6.1.3 Regionala nätverk

I princip alla arbetsgivare berättar uppskattande om de regionala nätverk som leds och samordnas av området Velfärd och folkhälsa vid förvaltningen Regional utveckling i Region Örebro län. De nätverk som nämns är Socialchefsnätverket, chefsnätverken inom vård och omsorg, funktionsstöd och IFO, MAS- och HSL-nätverken, samt nätverket för processledare nära vård. Precis som Vård- och omsorgscollege uppges dessa nätverk vara forum för kontakter, dialog, stöd, erfarenhetsutbyte och omvärldsspaning. En arbetsgivare menar att nätverken är ”nödvändiga och bra, viktiga för att inte bli sittandes ensam med frågor, kan hjälpas åt, utbyta tankar och erfarenheter, prova på olika saker och samarbeten” och en annan arbetsgivare poängterar ”viktigt forum när en är ny”.

En arbetsgivare menar att kompetensfrågan har aktualiserats alltmer i chefsnätverket inom funktionsstöd, vilket är positivt. En annan arbetsgivare efterlyser att frågor om kompetensutveckling och nära vård skulle kunna lyftas in mer i nätverken. Ett ytterligare önskemål är att nätverket för processledare nära vård skulle kunna fungera mer som en arbetsgrupp, där det kan bli verkstad tillsammans.

Det finns ett regionalt nätverk/ ledningsgrupp för yrkeshögskoleutbildningen specialistundersköterska, vilket beskrivs som ett ”bra forum för att diskutera och ta beslut”. Arbetsgivare i Nora kommun meddelar också att det finns ett nystartat nationellt nätverk för specialistundersköterskor och demensspecialiserade medarbetare som ingår i demensteam.

Det finns ett digitalt nätverk, även kallat SÄBO-nätverket, för undersköterskor i kommunerna med syfte att få kunskap och lära utifrån olika teman. Nätverket startade våren 2021 och leds av tre medarbetare från regionen, däribland en studierektor/kompetensutvecklare. Hösten 2021 ingick kommunerna Örebro, Hallsberg och Nora, medan Kumla och Karlskoga kommun var bubblare. Varje kommun har två till tre platser i nätverket. Motsvarande nätverk finns för läkare och sjuksköterskor varpå det finns planer att framöver kunna föra ihop de tre nätverken för kunskapsutbyte.

Det finns också en regional samverkan genom RACT-Resursgrupps ACT och SIP. För att få dessa samverkansforum att fungera är det viktigt med tydlighet, kontinuitet och resurser.

6.2 Utbildningsanordnarnas forum för samverkan om kompetensfrågor inom vård och omsorg*

* Vård och omsorg avser här hela den kommunala vård- och omsorgsbranschen, både äldreomsorg och funktionsstöd.

	Forum för samverkan kring kompetensutvecklingsfrågor inom vård och omsorg
Hallsbergs kommun, Allévux	• Programråd. • Vård- och omsorgscollege lokalt och regionalt, bör bantas ned till att endast innefatta ett regionalt college. Ärenden kan behandlas och föras upp från programråden till regionalt college.
Kumla kommun, Vuxenutbildningen	• Vård- och omsorgscollege Sydnärke, för tillfället brist på engagemang från arbetsgivare. Annars bra forum för att diskutera kompetensförsörjnings- och kompetensutvecklingsfrågor. • Programråd, värdefullt för planeringsfrågor och elevsynpunkter. • REKO (Regionalt kompetensforum för vuxnas lärande), kan användas för samordning av utbildningar.
Karlskoga kommun, Vuxnas lärande	• Vård- och omsorgscollege lokalt och regionalt. • Samverkansmöte med representanter från kommunen. • Programråd utifrån vår reguljära undersköterskeutbildning. • Värdefullt kontaktnät mellan lärarlag och kommunen/regionen i stort.
Örebro kommun, Komvux	• Vård- och omsorgscollege lokalt och regionalt, en plattform för alla kompetensförsörjningsfrågor inom verksamhetsområdet, där kompetensutvecklingsbehov berörs till viss del. • Inom kommunen - mellan förvaltningarna - och regionen. Flexibiliteten och samverkansformen här är enbart positiv och gynnsam. Vi har samma mål att utbilda de som arbetsgivaren behöver med det innehåll som är relevant och med hög kvalitet. • Med arbetsmarknadsenhet och Arbetsförmedlingen där samverkan är god om än lite mer fyrkantig.
Hällefors kommun, Komvux	• Vård- och omsorgscollege. • Nätverk inom den egna kommunen.
Ljusnarsbergs kommun, Komvux	• Vård- och omsorgscollege, ett bra och uppskattat forum. För att ingå i Vård- och omsorgscollege måste både utbildare och utförare vara lokalt certifierade, samt eventuell aktör som kommunen köper utbildning av. Det räcker inte som det är inom Teknikcollege, att vuxenutbildningen /motsvarande är certifierad. Detta upplägg begränsar möjligheterna för medverkan och det vore önskvärt med ett upplägg motsvarande Teknikcollege eller nationell certifiering i stället för lokal certifiering. Ett medskick.

6.3 Arbetsgivarnas intresse och behov av samverkan om kompetensfrågor och omställningen till nära vård

6.3.1 Allmänt intresse och kommentarer om samverkan

Samtliga arbetsgivare har intresse av att samverka och ser det som nödvändigt för att ”få en fungerande verksamhet”. Särskilt de mindre kommunerna beskriver vikten av samverkan, en arbetsgivare menar ”som liten kommun är vi beroende av att kunna göra saker tillsammans”. En annan arbetsgivare ”önskar all draghjälp vi kan få”. Örebro kommun har utifrån sin storlek särskilda möjligheter och menar att det åligger

dem att tillhandahålla olika samarbeten och att ”vara loket i de regionala chefsnätverken”.

Samverkan ska ske när det är relevant, det finns ett tydligt syfte, och aldrig ”för samverkans skull”.

I samverkan är det viktigt med relationsskapande och fysiska möten initialt. Det finns önskemål om att jobba bort ”vi” och ”dom” och att fokusera på att alla bidrar. Här blir det därför viktigt att lära känna varandras organisationer, de olika rollerna och ansvaren. Arbetsgivarna framhåller också vikten av att skapa förutsättningar för de olika leden, att ”det är viktigt att samverkan sker på de högsta nivåerna och att beslut och överenskommelser sipprar ned i organisationerna”.

6.3.2 Samverkan inom den egna kommunen

Många arbetsgivare har tankar om vad de skulle behöva utveckla i den egna organisationen för att förbättra samverkan i kompetensutvecklingsfrågorna. Det handlar om att skapa möten och kontaktvägar mellan chefer och olika verksamhetsgrenar, dela information om olika utbildningsinsatser och konkret ”anordna utbildningar mer gemensamt, fylla på platser från varandras områden”. Det skulle också bli en bonus att personalen lär känna varandra över gränserna.

Flera arbetsgivare önskar förbättra teamarbetet mellan baspersonal, sjuksköterskor och arbetsterapeuter men också öka samverkan med biståndshandläggare för mer likvärdiga vårdplaneringar. Det framförs också önskemål om mer resurser till hälsofrämjande insatser, däribland fler fysioterapeuter och arbetsterapeuter. En arbetsgivare beskriver att ”frånvaro av HSL-professioner i kommunen gör att enhetschefer får ansvar som inte borde ligga på dem”.

En arbetsgivare menar att det är ”bra med samverkansgrupper men vi glömmer lätt baspersonalen”, att baspersonal kan saknas i lokal samverkansgrupp och i vårdplanering, exempelvis när en individ ska flytta in på ett särskilt boende.

6.3.3 Mellankommunal samverkan

Flera arbetsgivare önskar mer konkret samarbete med andra kommuner. Exempelvis att samverka kring finansiering och planering av kompetensutvecklingsinsatser, nyttja varandras utbildningar och köpa tjänster av varandra, ”då vissa saker inte kan göras på egen hand” och att vi ”måste tänka minskad sårbarhet och höja kvaliteten”.

En kommun menar att intresset för att samverka utifrån Äldreomsorgslyftet har varit svalt från de andra kommunerna och hade därför önskat ett forum där frågorna kunde diskuteras. En annan kommun funderar över om de skulle kunna få hjälp av Demenscentrum i Örebro kommun, att ”det vore toppen att få tillgång till professioner som kan hjälpa individerna”.

Flera arbetsgivare nämner hospitering som ett alternativ, en metod där medarbetaren får arbeta på annan arbetsplats (-er) under en viss period, med begränsade krav och inte på schemarad, med syftet att skapa ett lärande för flera parter. Denna idé skulle kunna prövas i praktiken mellan kommuner, mellan kommun och region eller mellan olika verksamhetsgrenar i den egna kommunen.

6.3.4 Samverkan med den regionala hälso- och sjukvården

Många arbetsgivare har erfarenheter av brister i samverkan med regionen, särskilt med psykiatrin. Exempelvis finns det önskemål om förbättrad kommunikation mellan läkare och baspersonal, att läkarna måste ”ha respekt för habiliteringspersonalen och vara beredda att prata med dem”. Kommunikationen vid hemgång från tvångsvård behöver förbättras, likaså återkoppling och hjälp i fråga om äldre som lider av psykiska ohälsa.

Arbetsgivarna har ett generellt behov av närmre samverkan med psykiatrin, förslagsvis att medarbetare från psykiatrin inte bara arbetar konsultativt utan även blir mer närvarande i det kommunala arbetet, ”en tätare öppenvård betyder att skötare eller sjuksköterskor kommer och är med och jobbar under en tid med individerna”. Likaså i fråga om samsjuklighet, psykiatri-missbruk, menar en arbetsgivare att det ”vore bra om någon kunde komma ut till boendet och ge samtalsstöd för individer som är i ett aktivt missbruk”.

De flesta arbetsgivare är överens om att det vore önskvärt med fler mötesplatser och diskussionsforum mellan kommunerna och regionen. Några arbetsgivare reflekterar över att de exempelvis skulle kunna nyttja KTC och vuxenhabiliteringen mer. En arbetsgivare lyfter samtidigt perspektivet ”vi kan ha hur många system som helst för samverkan men vill inte den enskilde det så kommer vi inte samverka” och att det ”gäller såväl individen/brukaren som medarbetaren/chefen”. Det vill säga att samverkan är person- och kulturbundet och något vi behöver arbeta med vid sidan om strukturer och formalia.

6.3.5 Gemensamma regionala utbildningsinsatser

Många arbetsgivare är inne på tanken om att regionen i högre grad och mer sammanhållet skulle kunna fungera som, alternativt facilitera, ett ”kompetenscentrum”. Att utifrån arbetsgivarnas behov tillhandahålla olika utbildningar kontinuerligt. Det skulle kunna vara utbildningar på grund- och fördjupningsnivå och olika utbildningspaket, vilka kommuniceras öppet och med god framförhållning till arbetsgivarna.

En arbetsgivare ”tror Regional utveckling ska ha en samordnande roll för gemensamma utbildningar” då ”de är en bra aktör som kan möjliggöra för alla parter att delta”. Ett alternativ skulle alltså kunna vara att Regional utveckling, eventuellt Välfärd och folkhälsa, skulle tillhandahålla detta ”kompetenscentrum”.

Ett annat alternativ som skulle kunna ersätta ovan förslag, alternativt komplettera det, vore om kommunerna i högre grad och mer systematiskt skulle få nyttja regionens (hälso- och sjukvårdens) egna utbildningar. En arbetsgivare menar ”att gå utbildningar tillsammans med regionen skulle göra att vi förstår varandras organisationer bättre”. Exempelvis skulle gemensamma utbildningar kunna anordnas inom områden som psykisk hälsa hos äldre, samtalsmetodik-MI, rehabiliterande förhållningssätt, personcentrering, basal omvårdnad och egenvård. ”Undersköterskans dag” är ett exempel på en återkommande konferens/utbildningsdag som regionen anordnar för regionen och kommunerna och som arbetsgivarna gärna skulle vilja se mer av.

6.3.6 Samverkan och nätverk inom ramen för Valfärd och folkhälsa

Som tidigare nämnts är många arbetsgivare mycket positivt inställda till förvaltningen Regional utveckling och nätverken inom området Valfärd och folkhälsa. Nedan ges exempel på arbetsgivarnas synpunkter och utvecklingsförslag.

Vad gäller de befintliga nätverken så är det viktigt med omvärldsspaning, information om hur andra kommuner jobbar och att få access till olika kontaktpersoner. Det är också viktigt med dokumentation, ”när en inte kan vara med på nätverksmöten är det hjälpsamt att kunna läsa minnesanteckningar”.

Flera arbetsgivare efterfrågar mer konkreta samarbeten i de olika chefsnätverken, ”vi skulle kunna gå mer gemensamt framåt i de här frågorna, prata ihop oss och se vad vi kan gå in i tillsammans”. En arbetsgivare förslår upplägget med att ”få den strategiska informationen skriftligt, exempelvis via nyhetsbrev, för att i nätverken sedan kunna diskutera och grota ner oss i frågorna”. Nyhetsbreven skulle kunna innehålla samlad information från nationell, regional och lokal nivå utifrån teman så som ”Hur går det med nära vård?”.

Det saknas och efterfrågas samverkansforum för målgrupperna enhetschefer, stödfunktioner och baspersonal. Arbetsgivare och verksamhetsföreträdare från dessa grupper menar att de ”söker nätverk med ljus och lykta!” och ”känner inte till samverkansforum och det säger ju något, är för långt ifrån”. Detta bryter lite mot en annan arbetsgivares erfarenhet av att det kan vara ”svårt i små kommuner när personer ska vara med i många nätverk och styrgrupper, det utarmar verksamheterna” och ”skulle behöva samordna oss mer, är med på allt hela tiden”. En ytterligare arbetsgivare menar att vi behöver ”både tänka top down och bottom up för att få med alla” och att ”det behövs forum för högre chefer, lägre chefer och undersköterskor till exempel”.

Flera arbetsgivare önskar att det fanns nätverk för kvalitets- och metodfrågor som berör metodstöd, uppföljning, utvärdering och systematiskt kvalitetsarbete. En arbetsgivare menar att ”chefer behöver få påfyllnad i frågor som rör exempelvis analys och förändringsledning”. Även stödfunktioner uttrycker önskemål om att ingå i nätverk för kvalitets- och metodfrågor.

6.3.7 Samverkan utifrån omställningen till nära vård

Arbetsgivarna är generellt intresserade av att få mer kunskap om nära vård och att samarbeta i frågorna, däribland med stöd från de lokala processledarna. En arbetsgivare påtalar vikten av att inkludera samtliga parter i omställningsarbetet, så som skolan och socialtjänsten.

Arbetsgivarna ger lite olika bilder av var det konkreta omställningsarbetet ska ske. En arbetsgivare betonar vikten av att arbeta ihop sig inom kommunen för att sedan knyta an till regionen. En annan arbetsgivare menar att de behöver arbeta mer likartat inom länsdelen samtidigt som det är ”viktigt att det finns en gemensam linje kring nära vård, övergripande”. En tredje arbetsgivare menar att i ”arbetet med omställningen till nära vård måste vi börja i små minipiloter från kommunen och regionen där initiativ kan komma både under- och över ifrån”. Det finns alltså tankar om att omställningsarbetet ska se likartat ut, ”gå i takt”, men också att det ska ske lokalt, exempelvis via pilotprojekt.

Det finns önskemål om en utvecklingsgrupp för nära vård bestående av blandade yrkesgrupper. Gruppen skulle kunna titta på kommunernas kapacitet och arbeta med förändringar, samt ”ge kunskap, kraft och energi” åt frågan. En annan arbetsgivare ser också behov av nätverk för nära vård och menar att de skulle behöva finnas på flera nivåer, för alla led i organisationen. Exempelvis är det ”särskilt viktigt att det finns forum där baspersonalen får göra sin röst hörd och tillsammans processa vad nära vård betyder”.

6.3.8 Samverkan via gemensamma digitala plattformar

I denna fråga finns det egentligen två spår. Det ena spåret handlar om att arbetsgivarna ser behov av gemensamma verksamhetssystem mellan kommunerna och regionen. Framför allt skulle det underlätta kommunikationen i sekretess- och individärenden och bana väg för exempelvis digitala SIP:ar.

Det andra spåret knyter an till tidigare förslag om mellankommunal- och regional samordning/anordning av utbildningsinsatser. Här föreslås att ”det vore bra om Regional utveckling kunde hjälpa till att bygga en utbildningsbank med info om var kommunerna kan hitta olika utbildningar”. Det skulle kunna vara en konkret checklista. En annan arbetsgivare lyfter behovet av att samordna och dela olika material, exempelvis styrdokument och webbutbildningar.

6.4 Utbildningsanordnarnas intresse och behov av samverkan om kompetensfrågor inom vård och omsorg*

* Vård och omsorg avser här hela den kommunala vård- och omsorgsbranschen, både äldreomsorg och funktionsstöd.

	Intresse av att samverka kring kompetensutvecklingsinsatser inom vård och omsorg, om någon samverkan fattas, samt huruvida Regional utveckling kan spela en roll här
Hallsbergs kommun, Allévux	Det är alltid bra att samverka kring kompetensutvecklingsinsatser generellt. Tycker att de nätverken finns idag.
Kumla kommun, Vuxenutbildningen	Vi är självklart intresserade av delta i samverkan. Ett av vuxenutbildningens "ben" är att samverka med arbetsgivare runt kompetensutveckling.
Karlskoga kommun, Vuxnas lärande	Den regionala samverkan ser vi i så fall ska ske inom Vård- och omsorgscollege och i övrigt har vi god samverkan med arbetsgivare lokalt. Den regionala samverkan skulle i så fall handla om att man gemensamt ansöker om medel för att kunna finansiera kompetensutvecklingsbehov.
Örebro kommun, Komvux	En tydlig beskrivning av vad ett vårdbiträde/undersköterska är för att veta vad en elev behöver ha med sig för att direkt efter examen kunna bli anställningsbar. Introduktion för nyanställda på 3–5 dagar skulle behöva läggas in i den reguljära utbildningen för att skapa förutsättningar för direkt anställningsbarhet. En större och tydligare samverkan här skulle medföra mindre insatser för arbetsgivaren. Samverka om utbildnings- och informationsinsatser för enhetschefer och sjuksköterskor för att öka deras kunskap om vilken kompetens vårdbiträde/undersköterska/specialistundersköterska har.

	Utifrån kompetenskartläggningar skulle utbildare kunna fokusera på och tydliggöra vissa kunskapskrav lite mer. Utbildningen innehåller inget som inte arbetsgivarna behöver men man kan lägga lite mer tid på vissa saker. Samverkan gällande språkutveckling är nödvändig och behöver jobbas med mer. Större samverkan mellan SFI, Grund och yrkesutbildningar. Ökad samverkan med Arbetsförmedlingen och deras deltagande inom Vård- och omsorgscollege som inte kan vara sporadiskt. Den samverkansform som finns - Vård- och omsorgscollege - är den vi ska bygga på och använda.
Hällefors kommun, Komvux	Svårt att svara på vilken typ av insatser som skulle vara aktuella utifrån kommunens förutsättningar med litet elevunderlag samt köpt utbildning.
Ljusnarsbergs kommun, Komvux	Representerar en kommun i länets periferi där det generellt är svårt att rekrytera personer med rätt kompetens.

6.5 Sammanfattande resultat för målområde 3: Samverkan

Utredningens tredje mål är att betrakta som uppnått, *Intresset för samverkan i kompetensutvecklingsfrågorna är identifierat.*

Arbetsgivare är generellt positiva till att samverka i kompetensfrågor och i omställningsarbetet till nära vård. Samverkan ses som nödvändig och önskvärd, såväl internt som externt, men måste ske utifrån tydliga syften.

Det finns idag ett antal befintliga forum för samverkan i frågor som rör kompetensutveckling och nära vård. Både arbetsgivarna och utbildningsanordnarna anger Vård- och omsorgscollege som ett viktigt forum för dialog, omvärldsspaning och konkret samarbete mellan kommunerna, regionen och utbildningsanordnarna. Det finns också förslag på hur Vård- och omsorgscollege kan utvecklas, exempelvis genom mindre formaliafokus och förenklade strukturer.

Utöver exempel på lokala och ländelsvisa samverkansforum berättar arbetsgivarna och utbildningsanordnarna om de olika regionala nätverk som finns. Utbildningsanordnarna anger främst REKO (Regionalt kompetensforum för vuxnas lärande) medan arbetsgivarna framhåller de olika chefsnätverken, MAS- och HSL-nätverken, samt nätverket för processledare nära vård. REKO samordnas av området Utbildning och arbetsmarknad medan de övriga nätverken samordnas av området Velfärd och folkhälsa, båda organiserade inom förvaltningen Regional utveckling i Region Örebro län. I likhet med Vård- och omsorgscollege uppges dessa nätverk vara uppskattade forum för kontakter, stöd, erfarenhetsutbyten och omvärldsspaning; men även här finns det utvecklingspotential med förslag på mer kompetensfokus och operativt samarbete.

Förutom nämnda befintliga nätverk finns det regionala samverkansforum för specialistundersköterska-utbildningen, undersköterskor (SÄBO-nätverket) och RACT-Resursgrupps ACT.

Även om arbetsgivarna och utbildningsanordnarna anser att det idag finns bra, om än utvecklingsbara, forum för samverkan, så finns det kreativa idéer om vad som skulle förbättra samverkan. En utbildningsanordnare menar att inkludering av introduktion i den reguljära utbildningen skulle underlätta anställningsbarheten och önskar mer samverkan om utbildnings- och informationsinsatser. Flera utbildningsanordnare är dock överens om att utvecklingsarbeten och samverkan ska ske inom ramen för Vård- och omsorgscollege.

Många arbetsgivare önskar en bättre samverkan både inom och mellan kommunerna, exempelvis genom smartare mötesformer och kontaktvägar, samarbete kring finansiering och genomförande av gemensamma utbildningar, samt hospitering. Arbetsgivarna ger också en samlad bild av att vilja förbättra samverkan och särskilt kommunikationen med den regionala hälso- och sjukvården, inte minst gentemot psykiatri.

Arbetsgivarna har flera idéer om hur regionen skulle kunna möta upp deras kompetensbehov genom att agera utbildningsanordnare alternativt utbildningssamordnare. Det finns tankar om att regionen, förslagsvis förvaltningen Regional utveckling – eventuellt område Välfärd och folkhälsa, skulle kunna utgöra ett ”kompetenscentrum” som kontinuerligt tillhandahåller relevanta kompetensutvecklingsinsatser för baspersonalen i kommunerna. Därtill finns också behov av att skapa en gemensam digital plattform som samlar information om olika utbildningar och material. Parallellt med dessa förslag finns också arbetsgivarnas önskemål om att i högre grad kunna nyttja hälso- och sjukvårdens olika utbildningar.

Vad gäller regional samverkan så efterfrågar arbetsgivarna forum för enhetschefer, stödfunktioner och baspersonal. De befintliga nätverken svarar mot högre chefer och vissa andra professioner, medan andra målgrupper står utan. Arbetsgivarna belyser betydelsen av att ”få med alla” och att skapa sammanhang och förutsättningar för baspersonalen och chefer på olika nivåer. Detta blir synnerligen viktigt i arbetet med omställningen till nära vård.

7. Slutsatser och rekommendationer

- Informera och **samtala om hur kommunerna ska få resurser** och möjligheter att genomföra omställningen till **nära vård**, när arbetsuppgifter och ansvar ska flyttas från regionen till kommunerna.
- **Klargöra nationella, regionala och lokala målbilder** i omställningsarbetet till **nära vård**, samt huruvida vi ska ”gå i takt” och/eller arbeta med pilotverksamheter, lokala utvecklingsinsatser.
- **Arbetsgivarnas koncept av kompetensutvecklingsarbete bör vidgas** och inkludera tydligt identifierade kunskapsbehov, traditionella och mer kreativa arbetsformer för lärande, inklusive reflektion och praktisk tillämpning, samt uppföljning.
- Undersöka idén om att Regional utveckling, eventuellt Välfärd och folkhälsa, skulle kunna utgöra **ett kompetenscentrum som tillhandahåller utbildningar och en digital plattform** för information om kompetensutvecklingsinsatser och övrigt material, till gagn för arbetsgivarna.
- Det finns ett allmänt behov av **fler ändamålsenliga samverkansforum** för kunskapsutbyte och konkret samarbete inom och mellan professions- och aktörsgränserna. För att kunna arbeta smartare (effektivare och kvalitativare) krävs stödjande strukturer och inspirerande kulturer, vilket är något varje organisation behöver arbeta med att förbättra.
- Majoriteten av arbetsgivarna och utbildningsanordnarna är överens om att **Vård- och omsorgscollege är ett viktigt samverkansforum** för frågor som rör kompetensförsörjning och kompetensutveckling, som också har utvecklingspotential.
- De regionala nätverken inom Välfärd och folkhälsa är mycket uppskattade – men flera målgrupper så som enhetschefer, stödfunktioner och baspersonal **önskar att det fanns nätverk/mötesplatser även för dem.**
- Chefer inom regionens olika förvaltningar behöver få mer kunskap om varandra och **klargöra internt och externt vilken roll/roller de har som utbildnings- och samordningsaktör** gentemot arbetsgivarna.

8. Referenser

Bilaga 1 Arbetsgivare nio kommuner i Örebro län

Bilaga 2 Arbetsgivare Örebro kommun

Bilaga 1 Arbetsgivare nio kommuner i Örebro län

Dokumentation av gruppintervjuer med chefer och medarbetare från 9 kommuner i Örebro län, redovisade var kommun för sig och länsdelsvis.

Askersunds kommun och Hällefors kommun har inte deltagit i gruppintervjuer och redovisas således inte. Örebro kommun redovisas separat i bilaga 2.

Innehåll

Bilaga 1 Arbetsgivare nio kommuner i Örebro län	1
Sydnärke	2
Hallsbergs kommun.....	2
Laxå kommun.....	5
Kumla kommun.....	8
Lekebergs kommun	11
Västra länsdelen	14
Karlskoga kommun	14
Degerfors kommun.....	18
Norra länsdelen.....	21
Lindesbergs kommun	21
Nora kommun.....	24
Ljusnarsbergs kommun	27

Sydnärke

Hallsbergs kommun

Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära

Det är som att vända ett skepp. Vi jobbar idag personalfokuserat och ska nu jobba personfokuserat. Paradigmskifte.

IBIC, genomförandeplaner etc. Viktigt få in nära vård i kedjan av alla insatser och direktiv som försöker få oss att jobba mer i riktning mot de vi är till för. Är inget helt nytt, är bara en ytterligare del som ska stärka individens röst och vilja.

Brottas med att försöka förstå.

Lägga tillbaka ansvaret på individen, utgå mer från egenansvar. Jobba mer personcentrerat, inkludera individ, anhöriga och samhället på ett helt annat sätt.

Sömlöst, samverkan, personcentrerat, se lösningar tillsammans i stället för gränser.

Jobbar med detta i RACT- Resursgrupps ACT. Mycket handlar om samverkan. Vill tro att det inte är så stor skillnad från hur vi jobbar idag. Samverkan är den största utmaning, kopplat till resurser. Inom socialpsykiatri finns en arbetsmodell som bygger på det här. Vill hoppas att vi är en bra bit på väg.

Vård och omsorg och hälso- och sjukvården har ett jobb att göra. Behöver jobba mer förebyggande. Har inte metoder.

Biståndsbedömningen måste också komma in här. Inte berätta konkret vad som ska göras, utan vilka mål som finns.

Stor skillnad mellan verksamhetsområdena, kommit mycket längre med nära vård inom LSS i jämförelse med vård och omsorg. Olika förutsättningar. Medarbetare "halkar in i vård och omsorg (äldreomsorgen)" medan de mer "väljer" LSS. Förväntningarna på vård och omsorg ser annorlunda ut, både från politiker och anhöriga, exempelvis att individen ska få hjälp med allt.

Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer

Funktionsstöd: stödbiträde (utbildad), stödassistent (gymnasial utbildning), stödpedagog (yrkeshögskola, högskola), boendestödjare (gymnasial utbildning, yrkeshögskola), boendepedagog (högskola), personlig assistent (utbildad, gymnasial utbildning).

Vård och omsorg: vådbiträde (utbildad, vådbiträdesutbildning), undersköterska (gymnasial vård- och omsorgsutbildning), specialistundersköterska med inriktning demens, palliativ vård eller psykiatri (yrkeshögskola). Haft stöd av arbetsmarknadsenheten, serviceassistenter (stötta upp med administration, städ, förråd). Alla utom serviceassistenterna har samma arbetsuppgifter.

Tillgång

Osäker funktion att rekrytera i framtiden. Socialpsykiatri som förut inte upplevt bekymmer att rekrytera, har nu fått det svårare.

Kompetensutvecklingsområden för baspersonal

- Språket, viktigt att det finns andra vägar in, exempelvis serviceassistenter.

- Vad säger lagstiftningen? Vad är intentionen bakom LSS? Prejudicerande domar för att bena i frågor om exempelvis självbestämmande.
- Etik och moral, värdegrundsfrågor.
- Tekniska kunskaper, datakunskap, dokumentation.
- Diabetes.
- Palliativ vård mm. - behövs internutbildning i allt.

Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser

Viktigt att lära av varandra, exempelvis genom ledningsgrupperna. Behöver bli bättre på var vi ska gå för att kunna ta in en specifik kompetens.

Stöd- och boendepedagogen har en stor roll i den egna verksamheten och runt individerna. Pedagoger träffas i forum för sig och delar med sig över enhetsgränserna. Tipsar varandra, delar erfarenheter, tar med sig kunskaper hem. Tanke att specialistundersköterskorna ska göra detsamma.

Brukarkollegium, arbetsgrupperna i LSS och socialpsykiatrin. Forum att diskutera individärenden, jobbar med Smarta mål – som metod, vilka också kommer in i genomförandeplaner. Testar, lär av varandra. Pratar om personalens bemötande, hur vi ska jobba. Annars viktigt att prata *med* individen.

Inom vård och omsorg har vi teamträffar där vi pratar om individerna, IBIC, riskbedömning utifrån senior alert. Legitimerad personal och kontaktperson är med, minimerat antalet medarbetare som ingår.

Kvalitetsgrupp, samtliga stödpedagoger plus en medarbetare eller två från varje enhet. Verksamhetschefen för LSS leder gruppen. Gick lite i stå men ska ta tag i gruppen nu igen. Där kan de lyfta om de har behov av olika kunskaper, fråga om kunskapen finns i våra verksamheter och sen kunna lösa den. På varje APT finns återkoppling från Kvalitetsgruppen. Hämta inspel från personalgruppen och sedan föra med kunskaper tillbaka. Viktigt att få tid att sitta ned och prata med varandra över gränserna, mellan enheterna.

Hemtjänsten har också en Kvalitetsgrupp.

LSS har utbildat IFO och försörjningsstödshandläggare, gett kunskaper om målgrupperna.

LSS tar alltid hjälp av vård och omsorg vid palliativ vård.

Kommer ta ett omtag om våra ombudsroller, som kan bli ett internt lärande, de är superviktiga.

Digitalt, spela in filmer. Skulle kunna använda oss mer av detta.

Socialpsykiatrin får ibland förfrågan om att komma och handleda inom vård och omsorg, är lite vrång då och svarar ”har ni en genomförandeplan?”, måste börja där. Tror det var mer tidigare, att personal lånades ut, mellan socialpsykiatrin och vård och omsorg.

Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser

- Vuxenutbildningen.
- Privata företag.
- Regionen och området Velfärd och folkhälsa.

Vi i syd skulle kunna ha mer gemensamma utbildningar. Finns utbildningar där vi gått ihop mellan kommunerna, exempelvis var Kumla drivande förut.

RACT- Resursgrupps ACT är 9 månader lång, jobbar med ett ärende hela tiden och med metodhandledning. Det blir gynnsamt när en får jobba längre tid, skapar bra grogrund för implementering.

Förutsättningar

- Det dimper ned utbildningar och så kan vi inte skicka några medarbetare för vi har inte kartlagt vilket behov vi har. Behöver bli bättre på att kartlägga och utifrån det möta upp med utbildningsinsatser.
- Vi räknas sällan in i satsningar, ekonomi, kopplat till exempelvis validering.
- Tid, svårt få in vikarier.
- Vi chefer behöver påpeka värdet av att även baspersonal får kompetensutveckling och tid att reflektera. Allt kan inte tillgodoses via APT.

Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård

- Vård- och omsorgscollege. Tar tid att förstå Vård- och omsorgscollege. Vi skulle kunna prata mer kompetensutveckling än vi gör, ställa frågor på ett helt annat sätt. Är ett bra forum som skulle kunna nyttjas bättre.
- RACT- Resursgrupps ACT. Här jobbar kommunerna och regionen tillsammans. Det finns en överenskommelse som beskriver att enhetscheferna inom socialpsykiatri ska ses 3 gånger om året. Är tänkt som en ledningsgrupp för utbildningen. Här fallerar tyvärr arbetet när den personen som håller ihop det försvinner och det inte tillsätts någon ny.
- De regionala chefsnätverken. Frågor om kompetensutveckling och nära vård skulle kunna lyftas in mer här.

Intresse, idéer och behov av samverkan

Stort intresse. Utan samverkan kan vi inte få en fungerande verksamhet.

Vi har ganska mycket forum men vi behöver använda dem på ett klokare sätt.

Laxå kommun

Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära

Det undrar vi också. Inte en sak som förändras, många små saker, som förändras hela tiden. Mer konkret kan det säkert se olika ut.

Jobbar nu mycket med det inre, vårt. Vässa det vi har. Kompetensutvecklingsfrågor, få i gång det här med specialistundersköterskor, digitalisering, tittar på våra mötesstrukturer, rutiner, ledningssystem, HSL-frågorna. Få ett bättre flöde mellan enheterna när vi flyttar på brukare, mer sömlöst internt. Hitta en intern standard på kvalitet. Börja med en intern tydlighet, blir annars svårt att se hur vi ska samverka med andra.

Jobbar med regionen i längre processer, hemvårdsavtal, samverkan med vårdcentraler, nutrition.

I västra länsdelen har vi en handlingsplan, försöker renodla, vilka de viktigaste stegen är. Laxå, Degerfors och Karlskoga. Folkhälsan.

Många bitar som ska in i det här, egenvårdsutredningen, individen kommer få ett större egenansvar. Här blir kompetensutvecklingen viktig. Ökat ansvar på individen, ökat behov av stöd/personal i början men att det sedan kan minska. När något är nytt är behovet av support och hjälp som störst i början. Här har medarbetare och regionen ett stort ansvar, att kunskaperna finns hos individerna.

Höja grundnivån av IT-kompetens, mer distansmöten, egenmonitorering. Genom en platta/webbsida, skriva in värden själv istället för att åka in till regionens verksamhet en gång i veckan. Involvera, blir nära när individerna får hantera värdena själva. Slipper restid och personaltid.

Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer

- Vårdbiträde (utbildad, äldre vårdbiträdesutbildning).
- Undersköterska (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Stödbiträde (utbildad).
- Stödassistent (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Behandlingsassistent (gymnasial vård- och omsorgsutbildning, yrkeshögskola).
- Personlig assistent (utbildad, gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Arbetshandledare (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Stödpedagog och specialistundersköterska (tittar på att kunna införa dem).

Tillgång

Svårare än vad de varit, inte lika många sökande. Jättesvårt på sommaren. Svårt hitta både utbildade och utbildade. Ofta språksvaga – inte anställningsbara, vilket är synd. Mer attraktivt att arbeta på kortis och gruppbostad i jämförelse med personlig assistans, men så har det alltid varit.

Kompetensutvecklingsområden för baspersonal

- Digitalisering, datakunskap, bli bekväm i det, finns en rädsla att komma över.
- Dokumentation, genomförandeplan, planera värden och insatserna.
- HLR, utbildat ombud som sen ska ut och utbilda på bredden.
- Förflyttningsteknik.
- Andra huvudmän, att vi samverkar på olika plan, hur vi ska nå ut till samhandling, regionen, även inom kommunerna, saknas kunskap om det vi ska samverka om, ex mediciner och rehabilitering, våra olika roller och ansvar.

- Samverkanskunskap, teamarbete, trygga medarbetarna i utförandet i svåra ärenden.
- Avvikelser.
- SIP.

Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser

Har begränsade resurser i den lilla kommunen. Har ingen som kan jobba så strukturerat med frågorna. Har enhetschefer och socialchefen, har svårt jobba långsiktigt. Fördelen med den lilla kommunen är att det är enkelt kan nå hela organisationen, men det lilla blir också lite sårbart. Ligger i bakvattnet, inte haft utbildningar på många år.

Försöker jobba genom ombud i HLR och social dokumentation, satsar på några nyckelspelare som sedan kan vidareutbilda brett.

Planerar förflyttningsutbildningar med arbetsterapeuterna.

Håller på att bygga upp en digital plattform för kompetenshöjande insatser, ska vara lättåtkomligt för alla. Samla skriftlig info och koppla till filmer. Exempelvis ska del av lyftutbildningen vara digital. Film om basala hygienriktlinjer.

Försöker använda socialsekreterare och enhetschefer vid planeringsdagar och så vidare. Är tyvärr mycket slimmat. Ta hjälp av de kompetenser som finns, vänder och vrider på det vi har, sen kan vi alltid göra det bättre.

Mer punktinsatser, blir väldigt personberoende. Risk att det dör ut när det inte finns nytt bränsle, energi.

Kanske behövs årshjul, att vi planerar in, inte tappar något längs vägen, exempelvis i HLR-frågan. Samma med brandskydd, är också en viktig fråga men finns ingen resurs som har det övergripande ansvaret.

Skulle vinna på att göra det bredare, gå samman med flera kommuner. Vi arbetar idag inte så med baspersonal här men gör det inom IFO. Finns mycket kunskap i kommunen.

Specialisttjänsterna som planeras är tänkt att arbeta med kompetensutveckling.

Ännu viktigare med nära vård att kunna anpassa kompetensutveckling utifrån de brukare vi har.

Haft tre tuffa år, först nu som vi kan jobba med kompetensutveckling. Har varit typ intro vi kunnat erbjuda tidigare.

Hinder för internt lärande är ekonomi. Utbildning kostar och har inte en budget i balans.

Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser

- HLR-konsulten, privat företag.
- Nerikes brandkår, brandskydd boende.
- Tittar på om vi kan ta in privata aktörer för utbildning i läkemedelshantering och förvaring.

Förutsättningar

Att de kan ge utbildning lokalt, att vi slipper restid.

Att utbildningarna kan ges digitalt.

Ju billigare desto bättre.

Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård

- Vård- och omsorgscollege. Mer rekrytering av personal, statiska delar och drift, kopplar till Skolverket och planering av APL. Finns olika grupper, språkombud, APL-nätverk vilket inte riktigt är det vi efterfrågar av befintlig personal, handlar ingenting om baspersonalen vi har idag – förutom om vi skulle validera någon. Vi jobbar inte med påbyggnad, blir mer en kontaktyta utifall behov finns, att en vet vem en ska kontakta.
- Specialistundersköterska-nätverket, regionalt.
- Regionen, chefsnätverk. Är till hjälp, svårt att omvärldsbevaka själv. Är inte ensam i sina frågor, bygger kontakter, lätt att hjälpas åt. Får mycket stöttning från både små och stora kommuner. Resurser, får hjälp att utreda gemensamma frågor.
- Västra länsdelen, lite mer operativt, driftsfrågor om hemtagning, det medicinska, MAS, MAR, vårdplanering, närsjukvårdsteam. Utskott från det regionala. Psykisk hälsa har hört hemma där. Litet bekymmer, hör till sydnärkes folkhälsoteam, ramlar emellan där, i vissa frågor är Laxå med i och andra inte. Dessa frågor om kompetensutveckling skulle också kunna ligga där.

Intresse, idéer och behov av samverkan

Intresse finns, vi sitter i samma båt, alla kommuner. Samverkar i alla andra frågor. Viktigt att klargöra syftet så vi inte samverkar för samverkans skull.

Gå samman flera kommuner och köpa in utbildningsinsatser, blir billigare. Sälja platser till andra kommuner, hjälpas åt mer, detta har vi gjort gällande en stabsutbildning. Utöver att det blir billigare skapar det möten och borgar för samverkan, vilket blir en viktig bonus.

Chefsnätverken skulle utifrån behov kunna styra mer regionala kompetensutvecklingsinsatser.

Välfärd och folkhälsa är viktiga, håller ihop det.

Jobba mer likartat om nära vård i de tre kommunerna i västra länsdelen, kopplat till vårdcentralen. Viktigt att det finns en gemensam linje kring Nära vård, övergripande.

Även för regionen, att arbeta mot kommunerna på likartat sätt. Ge stöd.

Kumla kommun

Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära

Tycker det har varit svårt att greppa, är på en högre nivå än vad jag jobbar på.

En tolkning är att brukaren ska vara i centrum, att vi ska samordna resurserna som krävs för att de ska få en bra vård. Ha olika perspektiv på brukaren utifrån olika kompetensområden. Möjliggöra samverkan inom kommunen och även externt.

Behöver lära känna vilka resurser vi själva har att tillgå innan vi ska samverka utanför kommunen. Kan vi lösa det i kommunen eller ska vi kontakta vårdcentralen?

Psykiatri och närpsykiatri är ett utvecklingsområde. Önskar mer samverkan och kontinuerliga samverkansmöten med dem. Idag blir det långdragna processer för brukaren.

Alla enhetschefer inom Socialförvaltningen har gått den stora nära vård-utbildningen via SKR. Vi enhetschefer har sedan suttit och arbetat i smågrupper. I dessa diskussioner har vi varit överens om att titta på vilka resurser vi har i kommunen, inom hela Socialförvaltningen, samt kontaktvägar. När det gäller samtalsstöd, har vi någon egen resurs eller ska vi ta hjälp av närpsykiatri eller kurator från vårdcentralen? Det är viktigt att veta vad vi själva har och hur vi kan närma oss varandra – och när vi ska samverka utåt. Brukarna ska inte bollas fram och tillbaka i onödan. Plocka de lågt hängande frukterna. Dessa samtal har gett oss aha-upplevelser.

Varit otydlig vision uppifrån, behöver en tydligare riktning för Kumla kommun. Har en projektledare för nära vård, skulle önska mer tydlighet och en brygga gentemot de vi ska samverka med. Svårt när en är styrd av olika lagrum, samtycke, sekretess, pengamodellen, dokumentationssystem. Vad vi kan ställa upp på och vad regionen kan göra. Måste se varandra och vad vi gör i de olika professionerna. Saknar att vi inte delat upp oss med några representanter från både kommunen och regionen, forum där båda huvudmännen finns med. Vi kan ha mycket tyckanden men vi behöver nätverka, lära känna varandra.

Det behöver beslutas vad vi ska göra och det ligger lite ovan vår nivå. När vi inte fått klarare riktlinjer blir det svårt för oss att sitta och spinna, uppfinna hjul.

Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer

- Vårdbiträde (utbildad).
- Undersköterska (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Specialistundersköterska med inriktning demens, palliativ vård, psykiatri (yrkeshögskola).
- Stödbiträde (utbildad, vårdbiträdesutbildning).
- Personlig assistent (utbildad).
- Undersköterska (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Stödassistent (gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning).
- Stödpedagog (yrkeshögskola, högskola).
- Arbetsterapeut (högskola).

På korttids har vi pratat om att anställa fler professioner, en kurator, specifikt för korttids. Mycket samtal som en professionell kan få. Skulle också önska en egen biståndshandläggare, de är idag roterande, finns inte en biståndshandläggare som arbetar mot korttids.

Skulle vara bra att kompetensväxla, få in annan kompetens, beteendevetare, kurator, arbetsterapeuter till LSS. In i hela LSS, de kan vara på flera enheter.

Tillgång

Tillgången varierar mellan verksamheterna. Det kan vara många sökande men i slutändan kan det vara en handfull som är intressanta. Så har det varit inom vårdboende till exempel.

Inom LSS har det varit svårt att rekrytera, särskilt till specialboende, personlig assistans och socialpsykiatri.

Inom korttids (äldre-) och hemtjänst har det varit ganska lätt att rekrytera, många spontanansökningar.

Kompetensutvecklingsområden för baspersonal

- Psykiatri.
- Diagnoser och blanddiagnoser.
- Bemötande, lågaffektivt bemötande.
- Svåra samtal, validation.
- Medicinska kunskaper.
- Trygghet i rollen som undersköterska.
- Delegeringar.

Generellt behöver vi följa upp bättre, hela tiden fylla på med kunskaper.

Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser

Har en hel del internutbildningar. Stödpedagogerna inom LSS är riktade mot olika områden. Stödpedagogerna tillsammans med en ansvarig enhetschef håller i ett Baskunskapsprogram, sex gånger, med innehåll som uppdrag, ansvar, delaktighet, kontaktansvariguppdraget osv. Alla ny personal får gå utbildningen. Behöver någon påfyllning inom något område får de också gå.

Stödpedagogerna ger Visa-utbildning, handlar om tydliggörande pedagogik, vid behov.

Stödpedagogerna finns med i olika resursteam som har olika inriktningar, exempelvis social dokumentation, vidareutbildar till andra grupper.

En enhetschef har gått utbildning i skonsam skyddsteknik, handlar om lågaffektivt bemötande, och ska hålla i detta för alla personal framöver.

Ombudsverksamhet, personer som går utbildningar inom särskilda områden och sprider sin kunskap till kollegor. Exempelvis finns det ett hygienombud på varje arbetsplats.

Baspersonal från korttids (äldre-) har varit i socialpsykiatri och spridit goda exempel om bemötande.

På korttids finns teamsamverkan med HSL-personal, uppföljning varje dag och mer formell uppföljning av mål, vistelsen, en gång i veckan. Jobbar teambaserat med våra mål. Två undersköterskor har särskilda uppdrag som utvecklingsledare respektive koordinator och hjälper till att sprida kunskap om exempelvis uppföljning.

Hinder för internt lärande kan vara olika dokumentationssystem och tid för uppföljning och praktisk tillämpning av kunskap, något som skulle behöva vara en del av utbildningen.

Det skulle också vara önskvärt att kunna ha samma utbildning för hela personalgruppen, något som är svårt att genomföra. Här krävs det mycket framförhållning och planering.

Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser

- KUI (KompetensUtvecklingsInstitutet), validering och vårdsvenska. Komvux använder också dom.
- Lingio, app i telefon för språkinläring.
- Regionen, utbildat inom förvärvad hjärnskada och fysisk aktivitet samt för hygienombud. Tagit hjälp av hygiensjuksköterska för utbildning om covid.
- Socialstyrelsen, webbutbildning om covid.

Förutsättningar

Grunden är att veta att de finns och vad de har. Borde kunna få bättre koll, veta lite mer.

Varit stiltje i pandemin, blivit ett glapp. Nu skriker alla efter utbildning.

Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård

- Vård- och omsorgscollege: önskar mer koppling till LSS i Kumla, önskar få uppdaterad information om kursmål etc. till handledare nu när utbildningen har ändrats.
- Egna förvaltningsövergripande träffar, kvalitetsgrupper om hygien och demens.
- LSS har tidigare haft mer samverkan med AMI (Arbetsmarknad och integration), kan förbättras.

Intresse, idéer och behov av samverkan

Önskar att psykiatrik kunde hålla i digitala utbildningar inom exempelvis dubbeldiagnoser.

Habiliteringen skulle kunna hålla utbildningar om digitala hjälpmedel, här saknas det kompetens.

Undersköterskedagen är uppskattad. Skulle vara bra om regionen anordnade flera sådana.

Saknar digitala sekretess-system, efterfrågas verkligen. Det skulle vara bra om vi kunde ha digitala möten som håller sekretesskyddet, digitala SIP:ar. Regionen har det, varför har inte vi? Varför har vi inte samma system?

Önskar få omvärldsspaning, få information om hur andra kommuner jobbar och kontaktpersoner.

Vi skulle behöva hjälpas åt mer internt, sprida utbildningar vi får kännedom om. Även anordna utbildningar mer gemensamt, fylla på platser från varandras områden. Bra också att personalen lär känna varandra över gränserna.

Vi skulle generellt behöva arbeta mer internt med lärandet mellan oss. Sprida goda exempel. Skulle behöva mer kontakt, skapa grenar mellan verksamheterna. Exempelvis att enhetscheferna i Socialförvaltningen träffas, få ett ansikte, kunna ringa.

Önskar bättre intern samverkan med biståndshandläggarna. Arbetat med att få likvärdiga vårdplaneringar.

Skulle starta ett korttidsnätverk (äldre-) med Askersund och Hallsberg, stoppades av corona.

Lekebergs kommun

Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära

Idag börjar den lokala processledaren för nära vård i kommunen. Har pratat om hur vi ska kommunicera, vilka uttryck vi ska använda. Personcentrerad vård och IBIC – vilket vi redan jobbar med idag. Det är en resa att göra.

Utökat samarbete med vårdcentralen. Kommer behöva ännu mera samverkanskompetens. Nära vård är inte lika utvecklat inom IFO. Här skulle vi kunna arbeta snabbare och mer med tillgänglighet, med nya arbetssätt, exempelvis kring utredning och konsultation i samverkan med BUP.

Måste hitta glapp, där vi inte täcker upp ett behov eller målgruppen. Ganska etablerad samverkan mellan vård och omsorg och vårdcentralen, finns upptrampade stigar. Inom socialpsykiatrien måste vi börja på en annan nivå, få kompetens från annat håll. LSS ligger lite mitt i mellan, har ändå samarbete med vuxenhabiliteringen. Sammanfattningsvis har vård och omsorg kommit längre medan LSS har en längre resa att göra.

Närmre samarbeten, andra professioner behöver finnas kring individerna. Vi har sjuksköterskor som ska kunna allt inom vård och omsorg och LSS-verksamheterna, de är generalister, som i vissa ärenden skulle behöva specialistkompetens, men där det ibland kan finnas ett stort glapp till regionen och sjukhuset.

Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer

- Vårdbiträde (utbildad).
- Personlig assistent (utbildad, gymnasial utbildning).
- Undersköterska (vård och omsorg: gymnasial vård- och omsorgsutbildning, funktionsstöd: gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning).
- Handledare (gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning).
- Boendestödare (gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning).
- Specialistundersköterska inom psykiatri, demens och palliativ vård (yrkeshögskola).
- Stödpedagog (högskola).

Tillgång

Jättesvårt med vikarier, inte några problem med fasta tjänster. Inom LSS har vi behov av tvåspråkig personal (teckenspråk) och det är en jätteutmaning.

Kompetensutvecklingsområden för baspersonal

- Generellt behöver vi differentiera uppdragen och att skapa fler enkla jobb, få folk i sysselsättning, bredda oss.
- Inom äldreomsorgslyftet finns det ett intresse att få till specialistundersköterskor.
- Pedagogik och bemötande inom LSS. Undersköterskor är inte alltid bäst på pedagogik.
- Funktionsnedsättningar, exempelvis inom autismspektrumet.

Inom socialpsykiatrien har de fått mycket utbildning.

Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser

Arbetar med hur vi kan kompetensutveckla en bra person som vi vill ha kvar i verksamheten, men som inte har en undersköterskeexamen. Exempelvis utbilda i Lex Sarah, sekretess mm.

Webbutbildningar, exempelvis gällande delegering och från Socialstyrelsen.

De egna arbetsterapeuterna har satt ihop utbildningspaket i förflyttningsteknik, som genomförs fysiskt.

MAS utbildar alla inom Säbo i BPSD. Annars är det oftast sjuksköterskor inom vård och omsorg som konsulteras i första hand.

En intern controller på Socialförvaltningen håller i ett nätverk för ombud, ”superanvändare” inom Lifecare – ett dokumentationssystem, kopplat till förhållningssätt inom IBIC.

Två stödpedagoger inom LSS har som en del i sitt uppdrag att förmedla kunskap och arbeta med frågor som rör kvalitet, kompetenshöjning och bemötande. Dessa används främst i individärenden.

Webbutbildningarna är bra men någonstans skulle vi behöva säkra upp vad personerna har tagit till sig mer praktiskt. Reflektionstid är en viktig del.

Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser

Har tidigare köpt en stor extern grundutbildning kring IBIC och dokumentation för all baspersonal.

På planeringsdagar tar enhetscheferna in exempelvis föreläsare/utbildare, i någon form, inom olika ämnen, utifrån vad verksamheterna behöver just då.

Pratat om att hämta hem statliga medel som kommer. Skulle kunna vara lite duktigare på detta.

Förutsättningar

Tid och resurser. Folk ska räcka till för allt möjligt.

Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård

- Expeditionsresan, projekt, hur vi ska jobba med rehabilitering framöver, nära vård-pengar. Har en arbetsterapeut som ska jobba med detta under 8 mån.
- Socialchefsnätverket. Mycket viktigt, bra att hålla sig à jour och få träffa och prata ihop sig med kollegorna i regionen.
- Länsstyrgrupp i söder.
- Chefsnätverk inom IFO, Vård och omsorg och Funktionsstöd.
- MAS-nätverk.
- HSL-nätverket.
- Regionen, Länsstyrelsen och Sydnärkekommunerna utgör olika aktörer som bjuder in till olika grupper och nätverk.

Tror generellt att nätverken är bra, att vi behöver det här. Vi får också ta ett eget ansvar och hjälpa till i nätverken, se till att det blir rätt frågor. Sedan kan det vara svårt att förmedla komplex information vidare.

Intresse, idéer och behov av samverkan

När det är relevant vill vi samverka.

Svårt i små kommuner när personer ska vara med i många nätverk och styrgrupper, det utarmar verksamheterna. Skulle behöva samordna oss mer, är med på allt hela tiden. Kanske skulle vi behöva fokusera på en fråga i taget, göra på något annat sätt.

När en inte kan vara med på nätverksmöten kan det vara hjälpsamt att läsa minnesanteckningar/protokoll. Viktigt med dokumentation, att det finns en struktur för det.

Skulle vara toppen om det fanns nätverk gällande kvalitetsarbete för strategiska funktioner, inte bara nätverk för chefer.

Nyhetsbrev med samlad information från nationell, regional och lokal nivå vore toppen, med angivna kontaktpersoner om en vill veta mer. Kan vara utifrån teman, exempelvis "Hur går det med nära vård?".

Skulle önska mer verksamhetsspecifika frågor i de olika chefsforumena. Få den strategiska informationen skriftligt, exempelvis via Nyhetsbrev, för att i nätverken sedan kunna diskutera och grota ner oss i frågorna.

Västra länsdelen

Karlskoga kommun

Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära

Att de vi hjälper inte ska hamna mellan stolarna, som de gör lite för ofta. Få till ett ökat samarbete mellan regionen, kommunerna och alla instanser. SIP-tänket kommer tillbaka. Exempelvis är det idag svårt att arbeta med frågan psykisk ohälsa hos äldre, det fastnar hela tiden, det saknas flyt, så här kan det bara bli bättre. Vi märker att teamarbetet har försämrats mellan omvårdnadspersonal, enhetschef, sjuksköterska och arbetsterapeut. Har förstått att detta ska bli bättre för den enskilde.

Vi ska kunna ta hand om patienterna där patienten är, öka primärvårdens närvaro i hemmen. Läkarkontakt sker på vårdcentral eller sjukhus, vill flytta ut läkarkontakten ut till hemmet. Ha möjlighet att inte flytta patienten utan flytta vårdresurserna. Behöver flytta ut läkare och primärvårdens insatser så de finns tillgängliga kvällar och helger om vi nu ska flytta ut resurserna utanför slutenvården. Det behövs fler sjuksköterskor och fysioterapeuter i kommunen.

Förhoppning att det blir som ovan, farhåga att vården lägger ansvar på boendet för tidigt, skickar hem patienten för tidigt, utan att lösa/skicka med resurser.

Ställer idag höga krav på boendena och deras personal. Måste lösas med fler resurser men också högre kompetenskrav, undersköterskorna måste kunna mer. Inom socialpsykiatri finns det inte undersköterskor tillgängliga för vårdinsatser jämt. Om den förväntan läggs på oss kommer vi inte kunna möta upp.

Hur mycket medel har riktats till kommunens arbete? Vad vi vet har regionen fått alla medel.

Undvika att få inläggningar, öka hälsofrämjande insatser.

Behöver lägga mer resurser på det proaktiva. Redan vid biståndsbeslutet för hemvårdinsatser, jobba proaktivt i fråga om exempelvis fallrisker, bygga in åtgärder i genomförandeplan. Använda arbetsterapeuter tidigare. Jobba med äldres hälsa för att bibehålla funktioner och slippa inläggningar. Måste ha fysioterapeuter och stärka personalen att jobba hälsofrämjandet. Viktigt med samordningen av olika yrkesgrupper.

Alla tycker att det förebyggande arbetet är så viktigt men jag har inte sett en krona som går till det.

Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer

- Vårdbiträde (utbildad, vårdbiträdesutbildning).
- Undersköterska (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Vårdare (utbildad).
- Habiliteringsassistent (gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning).
- Personlig assistent (utbildad, gymnasial vård- och omsorgsutbildning, folkhögskola).
- Habiliteringspersonal (utbildad, gymnasial vård- och omsorgsutbildning, yrkeshögskola, högskola).
- Stödpedagog (anställda till en funktion/enligt överenskommelse, yrkeshögskola eller högskola).

Tillgång

Vård- och omsorgsboende: hyfsat lätt att hitta personal, men inte alltid med rätt kompetens.

Hemvård: kan rekrytera till fasta tjänster, det är ett tryck inom hemvården men hitintills har de kunnat göra det. Många nya svenskar saknar tillräckliga språkkunskaper, dessa kan anställas som vikarier för att se om språkkunskaperna kan förbättras och personen kan få en fast tjänst.

Socialpsykiatri: stort intresse bland undersköterskor att jobba inom socialpsykiatri, det svåra är att få vikarier med rätt kompetens då de oftast får fast jobb. Svårt behålla timvikarier. Fått avsluta ett par medarbetare på grund av språksvårigheter, språket är bland annat viktigt för att kunna undvika och hantera hot- och våldssituation.

På G med utbildning av språkombud.

Kompetensutvecklingsområden för baspersonal

- Rehabiliterande förhållningssätt, aktivera hälsofrämjande arbete.
- Individer med nedsatt beslutsförmåga, exempelvis demens, hörsel, syn.
- Samtalsmetodik gentemot personer med nedsatt beslutsförmåga.
- Möta anhöriga i kris och sorg.
- Dokumentation, genomförande och uppföljning.
- Läkemedel.
- Samsjuklighet.
- Psykiatri och psykisk ohälsa.
- HSL.
- Missbruk.
- Neuropsykiatriska diagnoser.
- RACT- Resursgrupps ACT.
- Lagar och regler.

Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser

- Genomgång av SoL och LSS, enhetschefer har hållit i detta.
- Lågaaffektivt bemötande, en stödpedagog har utbildat.
- En plastarm åker runt mellan vårdboendena, personalen kan träna sig i att ta venprov.
- Linda ben, tagit in någon, en undersköterska.
- Förflyttnings- och lyftteknik ligger kontinuerligt, en undersköterska som är förflyttningsinstruktör håller i detta och utbildar också förflyttningsombud. Samma undersköterska/instruktör utbildar också i hot och våld vid behov.
- HLR, några HLR-utbildare/baspersonal som ansvarar för att vidareutbilda.
- Pk- och blodprover, omläggningar, sår, benlindning, tagit hjälp av sjuksköterskor vid behov.
- Stödpedagogerna jobbar handledande och stöttar i andra verksamheter. En blev exempelvis proffs på tvångsåtgärder, fått åka ut till andra verksamheter och gör bedömningar och hjälper till. Mer situationsbetingat och ärendehandledning än ren utbildning. Kan vara med på APT.
- MHFA (Första hjälpen till psykisk hälsa), 2 dagar – jättebra. De som håller i det har gått en utbildning, folkhälsoutvecklare.

Saknar handledning, sjuksköterskorna har inte tid. Synd, undersköterskorna önskar detta. Fanns mer förr.

Kan vara resurskrävande att nyttja sin egen verksamhet. Att lyfta ut någon ut ett grunduppdrag för ett sidoupdrag är alltid resurskrävande. Bättre att samordna utbildningsinsatser än att varje kommun ska uppfinna allt själva.

Corona har verkat förhindrande gällande internt lärande då vi inte ska röra oss i varandras verksamheter. Boendeverksamheterna inom socialpsykiatri har haft tankar om att jobba närmare boendestöd men det har fallit bort utifrån coronasituationen. Pandemin har däremot varit positiv utifrån digitaliseringsperspektivet.

Saknas ofta tid för implementering, en fysisk handledning som kan ge feedback i situationen. Viktigt med tid för reflektion efter exempelvis webb utbildningar. Behöver bygga in det i den ordinarie strukturen, skapa utrymme för lärande.

Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser

- Komvux har utbildat baspersonal, vårdbiträden har kunnat bli undersköterskor och undersköterskor har kunnat specialisera sig, 10 veckor på 50%. Detta har möjliggjorts med medel från Äldreomsorgslyftet. Ska även fortsätta, unikt att Karlskoga fortsätter med stimulansmedel.
- KUI (KompetensUtvecklingsInstitutet) har haft 3 utbildningsdagar om hot och våld, missbruk och lågaffektivt bemötande, social dokumentation och genomförandeplaner samt neuropsykiatriska diagnoser.
- Webb utbildningar, finns mycket. Ambition att kunna diskutera efter utbildningarna, kan inte det idag på grund av coronan och distansarbetet, kan inte ses. Demens ABC via Demenscentrum, webb utbildning på 2 timmar. Tanke att köra fler sådana, plocka ut ett gäng webb utbildningar via Socialstyrelsen och Demenscentrum.
- Regionen, vårdhygien, en hygienköterska som utbildar på plats eller digitalt. Även andra utbildningsinsatser från regionen.

Förutsättningar

- Att det finns utbildade lärare på Komvux, detta kan vara en bristvara.
- Flexibilitet, olika typer av plattformar, gärna webbaserat.
- Tid, pengar, personal.
- Att det finns resurstid (små snuttar av tid som ligger utanför schemat) som kan nyttjas. Resurstid uppstår för deltidsarbetande personal som ett resultat av heltidsprojektet.

Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård

- Vård- och omsorgscollege. Ska återcertifieras, känns bra att fortsätta samarbetet.
- RACT- Resursgrupps ACT. Svårt att få tid, få loss resurser, vårdkoordinatorer byts ut. Svårt få till en resursgrupp som följer med personen.
- SIP. Lättare att få till, kallas 3 veckor innan, finns regler.

Intresse, idéer och behov av samverkan

Väldigt intressant att samverka, en stor del är att ha system där vi kan samverka. Exempelvis kan inte regionen och kommunerna idag prata med varandra i de digitala systemen. Fysioterapeuterna är anställda i primärvården och vi har vårt system, det är krångligt att flytta ärenden. Har inte säkra linor, vi ser inte deras planering och vad som skrivs.

Skulle vilja samverka mer med läkarna inom regionpsykiatri, men de måste gå via sjuksköterskorna i kommunen istället för att kommunicera direkt med vår baspersonal, de som känner individerna bäst. Regionen och läkarna måste här ha respekt för habiliteringspersonalen och vara beredda att prata med dem. Handlar om att luckra upp tidigare tank, hur vi delar kunskap mellan professionerna.

Regionen behöver också förbättra sin samverkan internt. Exempelvis finns det problem inom psykiatri när en individ om varit inlagt för tvångsvård enligt LPT och ska komma hem, så får varken allmänpsykiatri eller boendet information. Oftast ringer individen själv upp boendet och berättar att det är dags för hemgång och oftast har inte heller allmänpsykiatri fått info. Detta kan ställa till det när det gäller exempelvis medicinhantering. Många led skulle behöva förbättras. Orolig för att intresset bara finns från en (vår) sida, att individerna kommer till oss utan extra resurser och att regionen inte är intresserade av hur det går efter det att individen inte längre belastar deras verksamhet.

Önskar bättre och enklare kontaktvägar till varandra även inom vår kommun. Ha system där vi kan kommunicera bättre. Är ofta krångligt att nå varandra så till vida vi inte fysiskt går till varandra, vilket inte alltid är möjligt. Det är lätt att fastna, exempelvis telefonledes, att någon ska återkomma och så faller det bort.

Internt skulle vi behöva förbättra teamarbetet mellan baspersonalen, sjuksköterskorna och arbetsterapeuterna. Undersköterskorna behöver ha en daglig kontakt med en sjuksköterska eller arbetsterapeut, men de har kommit längre ifrån vårdpersonalen. Problem att vi inte har några fasta sjuksköterskor, hela tiden nya eller hyrsköterskor. Påverkar brukarna och även personalen.

Frånvaro av HSL-professioner i kommunen gör att enhetschefer får ansvar som inte borde ligga på dem, då personalen inte har någon att vända sig till. Detta märks inom hemvården och vårdboende. Önskar fler HSL-personal som kan ta de frågorna.

Mer resurser till hälsofrämjande insatser. Öka antalet fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Undrar om vi kan få hjälp av demenscentrum i Örebro kommun, exempelvis om vi kan få skicka remiss dit. Har jättebehov och det vore toppen att få tillgång till professioner som kan hjälpa individerna.

Önskar få bättre hjälp och återkoppling från psykiatri i fråga om äldre som lider av psykisk ohälsa.

Önskar samverka kring samsjuklighet, psykiatri-missbruk. Vore bra om någon kunde komma ut till boendet och ge samtalsstöd för individer som är i ett aktivt missbruk.

För ett antal år sedan hade vi träffar med läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och enhetschefer från regionen och kommun, träffades i Karlskoga lasarett. Vi satt vid bord och diskuterade hur vi skulle få till ett bättre samarbete. Bra forum, men vem som tog hand om frågorna vet jag inte, rann ut i sanden. Skulle önska något liknande men att någon behöver hålla i det för att få det att funka.

Skapa ett kompetenscentrum som kan utbilda kontinuerligt, som kan stötta kommunerna. Det skulle vara breda utbildningar som är relevant för många, exempelvis i rehabiliterande förhållningssätt.

Degerfors kommun

Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära

Arbetet med nära vård är verkligheten i sin linda i kommunen. Inte hunnit haft möten om detta än, är fortfarande i informations stadiet – inte omsatt något i praktiken än.

Det kommer innebära förändrade förhållningssätt och arbetssätt, en reform och kraftsamling för satsning på kvalitet och förebyggande arbete. Kvaliteten gäller inte bara i utförarleden utan även i uppföljningen. Personcentrerat förhållningssätt, tillgänglighet och kontinuitet. Arbeta mer tätt.

Omställningen sker på olika nivåer samtidigt.

Gjort en aktivitetsplan för 2022, kommer gå in mer strukturerat i detta. Steg 1 är en kartläggning, ta reda på vårt nuläge. Behöver börja med att definiera begreppet för att ha en gemensam grund att utgå ifrån.

Kompetensutveckling är avgörande för att kunna arbeta med omställningen till nära vård.

Chefer och nyckelpersoner behöver få mer klarhet först innan vi kan arbeta med konkreta förändringar på hemmaplan.

När vården ska flyttas närmare hem måste även pengarna flytta med.

Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer

- Vårdbiträde (utbildad, vårdbiträdesutbildning).
- Undersköterska (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Specialistundersköterska inom psykiatri, demens och palliativ vård (yrkeshögskola).
- Skötare (gymnasial vård- och omsorgsutbildning, yrkeshögskola).
- Stödassistent (gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning).
- Stödpedagog (yrkeshögskola).
- Personlig assistent (utbildad).
- Handledare (utbildad).

Tillgång

Svårt rekrytera personal, mycket svårt att hitta de med rätt formell utbildning och även svårt att hitta personal som är utbildade.

Det kan finnas intresse från personer som är villiga att arbeta men som tyvärr inte kan anställas på grund av bristfälliga språkkunskaper. Utbildar idag inte språkombud, ska undersöka saken mer och se om det kan vara en möjlig väg framåt.

Kompetensutvecklingsområden för baspersonal

- Utåtagerande beteenden.
- Neuropsykiatri.
- HSL och medicinsk kunskap (märker av en förskjutning av insatserna där sjukvård flyttar hem och sjuksköterskorna behöver hjälpa undersköterskorna i högre grad).
- Basal omvårdnad.
- Palliativ vård.
- Demens.
- Bemötande.

- Digital teknik.

Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser

Jobbar ganska lite med detta egentligen.

Har ett par medarbetare utbildade inom det nationella kvalitetsregistret Senior alert och BPSD som systematiskt vidareutbildar kollegor. Dessa medarbetare utgör demensteamet och består av en arbetsterapeut och en sjuksköterska som jobbar som MAS.

Vi har ombudsroller och ombudsträffar. Här skulle vi behöva utveckla strukturen och förtydliga hur ombuden ska nyttjas.

En arbetsterapeut och även baspersonal håller i utbildningar för förflyttningsteknik. Även rutinerna för detta behöver vässas.

Personal från socialpsykiatri har besökt en hemtjänstgrupp för att prata om förhållningssätt och arbete med personer som har en psykiatrisk problematik.

Viktigt att hitta en rimlig form och struktur, landar i att det är svårt att täcka upp med vikarier när ordinarie personal ska gå utbildning.

Vi har i flera år haft utbildningsstopp där vi får anordna utbildningar om de inte kostar något, men där vikarier både kostar och är svåra att få in på grund av vikariebrist.

Vi kommer snart inte ha något att förvalta om vi inte kan utveckla. Utöver utbildningsstoppet har vi i perioder också haft anställningsstopp. Detta gör det mycket svårt att kunna arbeta med kvalitet i verksamheterna och att kunna attrahera och behålla arbetskraft.

Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser

- Webbutbildningar, Socialstyrelsen har gratis.
- Regionen, exempelvis psykiatriveckan.

Förutsättningar

- På grund av senare årens utbildningsstopp har det inte varit särskilt aktuellt med externa utbildningar. Även anställningsstopp som varit i perioder har verkat försvårande för att arbeta med kompetensutveckling.
- Inom äldreomsorgen har organisationen slimmats så att det finns marginellt med utrymme för medarbetare att ha tid för exempelvis webbutbildningar. De har i princip bara utrymme att utföra insatserna.
- Det skulle vara bra med dialog med politiken om vad sparkraven betyder på kort och lång sikt.

Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård

- Vård- och omsorgscollege. Ett bra nätverk och jätteviktigt för oss som liten kommun.
- Regionalt nätverk/styrgrupp för specialistundersköterskor.
- Regionalt nätverk för processledare nära vård. Jättebra att få en glimt av vad de andra kommunerna gör, men skulle önska att det kunde vara mer av en arbetsgrupp, där det kan bli verkstad tillsammans.
- Länsdelsforum för nära vård.

Intresse, idéer och behov av samverkan

Jättestort behov. Vill hjälpas åt, samverka med andra kommuner. Önskar all draghjälp vi kan få.

Skulle önska en utvecklingsgrupp för nära vård, bestående av blandade yrkesgrupper. För personer med kunskap, kraft och energi. Gruppen skulle kunna titta på kommunernas kapacitet och arbeta med förändringar och förbättringar.

Det skulle behöva finnas nätverk för nära vård på flera nivåer, i alla led. Både tänka top down och bottom up för att få med alla. Det behövs forum för högre chefer, lägre chefer och undersköterskor till exempel. Det är särskilt viktigt att det finns forum där baspersonalen får göra sin röst hörd och tillsammans processa vad nära vård betyder. Dessa typer av nätverk kan med fördel finnas över kommungränserna, exempelvis att de finns nodvis med de mest näraliggande kommunerna.

Vi skulle kunna gå mer gemensamt framåt i de här frågorna, prata ihop oss och se vad vi kan gå in i tillsammans, mer konkret.

Norra länsdelen

Lindesbergs kommun

Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära

Det är lite luddigt, hur det här kommer att påverka oss. Ser att det kan leda till något positivt.

Inom funktionsstöd har vi ett individanpassat stöd redan idag så det kanske inte kommer förändras så extremt mycket. Det kommer nog innebära en större förändring för de vi samarbetar med, exempelvis psykiatri, olika sjukvårdsinsatser, habiliteringen, samt arbetsterapeuter och sjuksköterskor i vår egen organisation.

Flödet, roller och ansvar i psykiatri fungerar mindre bra, tror det kan bli tydligare med nära vård.

Vi skulle önska få ta del av kompetenser, professioner, från regionen i högre utsträckning, exempelvis psykoterapeuter.

Arbete med personcentrerad vård, jobba mer förebyggande och i hemmen, senarelägga den akuta vården. För att kunna göra det behöver vi ha mer insatser i hemmet, samarbeta med vårdcentralerna.

Det salutogena och främjande arbetet, innan man ens är ett namn inom socialförvaltningen, stödja och utveckla personer. Samverkan med civilsamhället och internt i kommunen. Främja äldres hälsa och motverka ensamhet tillsammans med föreningslivet exempelvis. Skulle kunna växla upp det arbetet. Släppa in aktörer mot social- och hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Också nyttja kompetensen inom Kultur- och fritidsförvaltningen.

Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer

Vård och omsorg: vårdbiträde (utbildad), undersköterska (gymnasial vård- och omsorgsutbildning, yrkeshögskola). Har många som är validerade. Upplevt kvalitetsskillnader på validerad personal och de som går äldreomsorgslyftet, går den långa vägen.

Funktionsstöd: vårdare (utbildad), stödassistent (gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning), skötare (yrkeshögskola, äldre gymnasial vård- och omsorgsutbildning), arbetshandledare (gymnasial utbildning), stödpedagog (högskola), personlig vårdare (utbildad), personlig assistent (gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning, personlig assistent-utbildning på Fellingsbro folkhögskola).

Tillgång

Vård och omsorg: vi är ganska unika, har en hög frekvens anställda, utbildade undersköterskor. De flesta lasas in men när vi annonserar fasta tjänster så har vi lätt att hitta sökande. Svårt hitta vikarier, särskilt utbildade.

Funktionsstöd: det finns sökande när fasta tjänster ligger ute, upplever oss vara attraktiva, även om vi inte kan välja och vraka hur som helst. Både utbildade och utbildade söker. Svårt rekrytera tim- och semestervikarie, särskilt utbildade.

Kompetensutvecklingsområden för baspersonal

- Psykiatri och neuropsykiatri, förändrad målgrupp.
- Samsjuklighet, exempelvis funktionsnedsättning och missbruk/ åldrande-demens.
- Språk, dokumentation, genomförandeplaner, språkombud.

- Demens.
- Palliativ vård.
- MI, samtalsmetodik.

Det ställs idag högre krav på vår personal, mer medicinsk utrustning i hemmen.

Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser

Delvis ja, men absolut inte som helhet, långt ifrån inom alla områden.

Funktionsstöd: en enhetschef utbildar inom psykiatri på basnivå. Enhetschefen har också lånats ut till vård och omsorg. Inom beroende/missbruk finns det kompetens men inte utrymme (tid och ekonomi), haft lite internutbildning men inte brett. Stödpedagogen har tillsammans med en enhetschef hållit i en Funca-utbildning (ett sätt att mäta individernas utveckling) för all baspersonal inom funktionsstöd.

Sjuksköterskor från Lindesberg utbildar andra utbildare i Nora i BPSD.

Sjuksköterskor handleder baspersonal i individärenden. Vuxenenheten, grupp inom öppenvården - IFO, kan också utbilda och handleda i individärenden, ofta om missbruksfrågor.

Det sker också på APT, att de får till sig saker, skulle kunna göras i högre utsträckning. Skulle kunna arbeta mer med "lärande organisation". Exempelvis är det viktigt hur vi tar emot praktikanter.

Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser

- Valideringsverkstan.
- Gymnasieskolan och vuxenutbildningen - snabbutbildning för nyanställda.
- Regionen. Hygijensjuksköterskor åkte ut och höll utbildning om hygien i samband med pandemin. De har också haft utbildningar inom medicinsk teknik (KTC), missbruk och hygien.

Förutsättningar

- Har utbildning- och inköpsstop nu så då är det svårt att köpa in utbildning.
- Svårt när det inte får kosta så mycket för vikarier kostar, och de måste ju sättas in.
- Viktigt att vi blir certifierade i Vård- och omsorgscollege i länet. Blir en kvalitetshöjning. Så länge vi är certifierade är det bra för oss, då kan vi ta ryggen på det.

Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård

Vård- och omsorgscollege. Forumet är bra, svagheten är att det hela tiden kommer nya personer, en får börja om, då blir det ännu viktigare att det är uppstyrt. Snabbutbildningen vi hade väcktes inom Vård- och omsorgscollege och främjande samarbetet med utbildningsanordnarna. Det blir lättare att lyfta på luren till dom nu, när vi möts i de forumen. Likaså med de privata aktörerna, det är nu lättare att samverka med Yxe till exempel. Skulle vilja skapa ett forum där parterna inom kommunen träffas, skolorna och arbetslivet, inte bara i styrgrupp för Norra länsdelen (där ytterligare tre kommuner ingår).

Regionen, Valfärd och folkhälsa, de olika chefsnätverken. De är värdefulla, kanske mer för oss i de mindre kommunerna. Nätverken gör att vi håller oss ajour med det som är nytt och ligger i pipen, utbyter erfarenheter. HSL-nätverket som startats upp är också mycket uppskattat.

Fellingsbro folkhögskola har ibland skickat sina kursplaner till oss arbetsgivare för att stämma av innehållet i personlig assistans-utbildningen, samt stödassistent-utbildning för personer med svenska som andra språk.

Länsdelsgruppen gav folkhälsochefen i norra länsdelen i uppdrag att utveckla hälsosamt åldrande. En nätverksgrupp på 15–16 personer ska lyfta kompetensutveckling och ta fram konkreta insatser för området.

I och med nära vård har vård och omsorg startat tre samverkansforum (för norra, södra och centrala Lindesberg, kopplat till de 3 vårdcentraler som finns) tillsammans med regionen. I dess samverkansforum ingår funktioner som sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeut, fysioterapeut och chefer från både regionen och kommunen. Det finns också en styrgrupp bestående av MAS, HSL-chef, verksamhetschef vård och omsorg, chef för regionen. Kommer bjuda in funktionsstöd i forumet längre fram.

Intresse, idéer och behov av samverkan

Samverkan är ett ord en konstant slänger sig med. Det är en förutsättning för att överleva, vi behöver hjälpas åt.

Ibland drunknar vi i alla forum. Ibland är det bra med färre, en väg in. Regionen kan ibland öppna upp flera kanaler och vi vet inte riktigt vart vi ska in. Blir tydligt att många enhetschefer inte känner till alla nätverk som finns, uppdrag, roller och mandat.

I samverkan kan det ibland vara så att kommunen ska anpassa sig efter regionens organisation. Här skulle vi behöva skruva på maktbalansen så att även regionen behöver anpassa sig.

Viktigt att inkludera skolan och socialtjänsten som helhet i arbetet med nära vård.

Nora kommun

Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära

Vi har fått en genomgång och har försökt arbeta med det. Fått videoklipp från vår processledare (som hon gjort själv) för nära vård som vi presenterat för alla våra enheter. I verksamheten kan en uppfatta det: jahå, vad gör vi nu då? Sett videosnutt men kan behöva praktiska övningar och workshops, få grotta ner sig. Räcker inte med infon utan behöver bearbeta.

Många processledare tillsattes i länet i augusti och då fanns det inte så mycket material. Infon har varit varierad. Kommunikatör på regionen, Valfärd och folkhälsa, har här varit behjälplig.

Omsorgskontakt (=kontaktperson) är en del av nära vård-arbetet. Lagstiftningen säger att det nu heter omsorgskontakt, första gången man lagstiftar om en sådan relation. Kan få statliga medel. Arbetet är i sin linda, ska diskutera vad innehållet ska vara.

Vart vi befinner oss i nära vård ser olika ut. Från detaljkunskap och workshops till att ingen info gått ut. Skolan ingår också, haft omorganisation – där har procesledaren inte varit inne än. Likaså har processledaren ännu inte träffat sjuksköterskor och arbetsterapeuter.

Kommunen har startat upp ett demensteam där det ingår en demensspecialiserad undersköterska (håller ihop arbetet), arbetsterapeut, biståndshandläggare och en sjuksköterska från vårdcentralen. Annan aspekt av nära vård, att vi vårdgivare ska jobba närmare varandra för att bättre möta upp behoven. Ett grundteam, kommer behöva förstärka tillfälligt i teamet, plocka in exempelvis läkare, logoped, sjukgymnast. Gå över gränserna mer. Demensteamet har också varit i LSS-verksamheter, på APT och handlett. Demensteamet följer de nationella riktlinjerna för demensvård. Även personer utan kommunala insatser kan få stöd av demensteamet. När regionen möter och diagnosticerat individer med demens, kan de informera om demensteamet. Den demensspecialiserade undersköterskan kan träffa individer som inte vill ha hjälp via insatser utan bara vill ha ett samtal, sitta ned och fika och prata. Tanken är att teamet ska stödja hela socialförvaltningens verksamheter, inklusive LSS och socialpsykiatri.

Utveckla det personcentrerade och salutogena synsättet. Hur de ska kunna påverka sin vård. Blir själva en del i teamet.

Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer

- Vårdbiträde (utbildad, vårdbiträdesutbildning).
- Undersköterska (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Specialistundersköterska inriktning palliativ vård (yrkeshögskola, pratat om specialistundersköterskor även inom andra områden).
- Stödbiträde (utbildad).
- Stödassistent (gymnasial vård- och omsorgsutbildning med inriktning psykiatri eller funktionshinder).
- Stödpedagog (yrkeshögskola).
- Boendestödare (gammal skötarutbildning, gymnasial vård- och omsorgsutbildning med inriktning psykiatri eller funktionshinder).
- Personlig assistent (utbildad, gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Handledare (gymnasial vård- och omsorgsutbildning med inriktning psykiatri eller funktionshinder, gymnasial barn- och fritidsutbildning, högskola-arbetsterapeut).

Tillgång

LSS/socialpsykiatri – stort underlag, många som söker. Söker sig bort från exempelvis hemtjänst och äldreboende. Vi har krav och då kan vi sälla bort. Inte svårt för oss, fått bra personal. Dock svårare inom assistansen. Svårt med tim- och semestervikarier, främst utbildade som söker.

Hemtjänsten: svårare, en handfull kvar att titta på vid annons. Inte helt lätt, haft jättesvårt. Många sökande till vikariat, har mer att önska om språket många gånger. Har utbildat språkombud, men de måste ofta kunna lite mer. Mest utbildade vikarier vilket också är positivt då de efter erfarenhet kan vilja utbilda sig.

Kompetensutvecklingsområden för baspersonal

- Personcentrerad vård, och dess olika nyanser/kläder.
- Salutogent arbete.
- Förebyggande arbete, hälsofrämjande överlag, viktnedgång, alkohol.
- Palliativ vård, osäker hur en ska tänka och jobba.
- Demens.
- Dokumentation, genomförandeplan, samtalsmetodik – hur samtalar jag med någon för att få den information jag behöver för att kunna göra ett bra jobb? Vad är poängen med genomförandeplaner? Delaktighet och inflytande. Genomförandeplaner viktiga för vikarier.
- Digital teknik.
- HSL och omvårdnadskunskaper.
- HLR.

Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser

Jobbar med utbildningsmodellen Stjärnmärkt från Svenskt Demenscentrum. Utgår från personcentrerad vård och omsorg, bygga teamkänsla runt de vi tar hand om. Två är utbildade instruktörer i stjärnmärkning, utbildar andra enheter inom äldreomsorgen och även biståndshandläggare. Varit på demensboenden men ska också utbilda hemtjänstpersonalen. Blir certifierad, men måste fortsätta utveckla för att behålla stjärnmärkningen, måste redovisa arbetet i november varje år.

LSS/socialpsykiatri: erbjuder alla (förutom personlig assistans) RACT-utbildning. En metod för hur vi jobbar med nätverk, närstående, sammankallar till SIP, fördjupar sig i brukarens behov, riktat mot psykiatri. Stödpedagogen ska gå utbildningen och sedan bli metodstödjare, hålla i ett RACT-nätverk för norra länsdelen, tillsammans med en till från Lindesberg.

Specialistundersköterskor från Dementsteamet är ute och handleder på enheter. Ibland måste de kliva in och vara med i arbetet. Har handlat om bemötandeproblematik.

Har en specialistundersköterska inom välfärdsteknik som sörjer för alla verksamheter.

Sjuksköterskor och arbetsterapeuter kan utbilda inom HSL, sker vid behov. Kan bjudas in till APT.

Har förflyttningsinstruktörer, arbetsterapeuter, som utbildar alla i förflytningsteknik. Detta sker kontinuerligt.

Börjar bygga upp interna webbutbildningar.

Beror på vad en lägger i kompetensutveckling, har massor av team- och nätverksträffar där vi lär oss saker.

Hinder för internt lärande kan vara personalomsättning, att nyckelpersoner med kompetens försvinner. Digitala utbildningar kan vara ett sätt att minska sårbarheten.

Kan vara svårt att planera in tid för att träffas. Har flera nätverk, men svårt att hitta mötestid. Minsta arbetsgrupp med olika professioner är svår att få till, att alla ska ha tid över.

Tid för kunskapen i sig, fakta, men ska det bli något mer behövs tid för reflektion och att praktisera kunskapen. Tar mycket tid, blir slöseri om vi bara pumpar fakta, det kommer en aldrig ta till sig. Vi skulle behöva fundera mer på hur vi bygger upp utbildningar - den kortaste utbildningen kan vara den mest ineffektiva.

Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser

- Extern privat. MI-utbildning för all baspersonal inom funktionsstöd (förutom personlig assistans).
- Regionen. På KTC (kliniskt träningscentrum) får sjuksköterskor utbildning/instruktörsutbildning inom akut bedömning och beslutstid. Hygiensköterskor håller i utbildning för våra hygienombud. Hygiensköterskorna har en gemensam anställning inom regionen och kommunen. De kan både komma ut och hålla utbildningar men också anordna på USÖ. Utbildat tre personer i "Delaktighetsmodellen" via regionen, innan pandemin.
- Socialstyrelsen och Svenskt Demenscentrum. Har en hel del kostnadsfria digitala utbildningar, exempelvis Demens ABC. Kräver inloggning som försvårar när en undersköterska inte är teknikvan, sker ingen återkoppling till chefen efter genomförd utbildning. Kräver att personen får diplom eller dylikt som de får skriva ut. Blir många moment. Önskar en automatiserad signal till enhetschef efter fullbordad utbildning.
- Hjernet. Utbildar ett antal undersköterskor inom ramen för Äldreomsorgslyftet. Haft timmisskola i början av pandemin. Har nära samarbete, har de kapacitet så behöver vi inte betala. Exempelvis handledarutbildning steg 1, Vård- och omsorgscollege.

Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård

- Lokala samverkansteamet i Nora – mellan kommunen, vårdcentralen och representanter från Lindesbergs lasarett. Detta möjliggör otroligt mycket.
- Demensteamet, som mynnat ut ur det lokala samverkansteamet.
- Samverkar med norra länsdelen i RACT och om utveckling av den palliativa vården.
- Vård- och omsorgscollege, bra träffar. Får mycket dialog med andra delar i regionen.
- Olika nätverk för processleder Nära vård, regionalt och länsdelsvis.
- Regionen, samverkar med hela regionen gällande nutrition. Det finns ett undersköterskenätverk i regionen som en kompetensutvecklare/studierektor från regionen håller i. En till två deltagare från varje kommun. En specialistundersköterska från Nora kommun ingår här. Diskussion om att plocka med någon mer, någon från hemtjänsten.
- Nationellt nätverk för specialistundersköterskor i demensteam, nystartat. Även Silviasystrar ingår. Alla är demensspecialiserade och ingår i något demensteam.

Intresse, idéer och behov av samverkan

Vi samarbetar hela tiden. Nora är jätteduktiga på samverkan.

Bra med samverkansgrupper men vi glömmer lätt baspersonalen. Bara att få vara med i vårdplaneringar, där brister vi. Brister i det nära, pratar långt ifrån oss. Vilka deltar i lokal samverkansgrupp? Ingen baspersonal. I vårdplanering, när någon ska flyta in på särskilt boende, hur medverkar baspersonalen? Nätverk i senior alert - där ingår baspersonalen.

Önskar steg 2 i handledarutbildningen, vilket är nödvändigt för att kunna validera.

Ljusnarsbergs kommun

Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära

Intressant fråga, sitter med remissvar om målbilden. Vad betyder det i praktiken?

Vi ger nära vård redan idag. Det har varit en stegförflyttning från regionen ut mot kommunerna. Det finns risker med att flytta ut den medicinska vården och slutenvården ut till någon stuga. Är det realistiskt? Hur långt ut kan vi komma? Hur långt bort kan jag bo för att få hjälpen? Allt kan inte ske digitalt. Kompetensfrågan blir viktig här. Vi måste ha en realistisk syn på hela vårdkedjan.

Vi kanske ska sluta med vissa saker och istället handla upp städ och tvätt, lägga mer tid på omvårdnad. Resursfrågan blir viktigt i detta. Måste komma till en punkt där vi har en bas med kompetens för att möta människor med större vårdbehov. Lägst vård- och omsorgsutbildning, ha som formellt krav att vara undersköterska. Påverkar hela kompetenskedjan.

Nära vård är präglad av HSL och inte omvårdnadsbehovet. På ett sjukhus finns allt, en pakettlösning, hjälp med mat och dryck, dusch, får kvalificerad vård. Flyttar du hem är HSL-insatserna en del jämte andra biståndsbeslut enligt SoL. Stor skiljelinje. SoL pratar om skälig levnadsnivå.

Det är inte säkert att det blir mer kostnadseffektivt med nära vård, det kan bli dyrare. Måste ske stegvis. Kommer ta många år innan vi är i balans.

Kommer det behövas fler särskilda boenden, eller bygga ut befintliga för att öka på antalet platser? Men där finns inte sjuksköterskor och läkare.

Det viktiga är att vi förebygger och där är inte vi som är längst ut på snöret. Hur får vi ett samhälle som ser till att vi håller oss friska, som skjuter upp vården? Medicinska genombrott för de som kräver mycket resurser – är en del av lösningen. I grunden handlar det om vad individen behöver för att klara sig. Klara av skolan, motverka ensamhet.

Jobba på många fronter med livskvalitet. Viktigt jobba med det sociala perspektivet i alla verksamheter. Vi kan behöva annan kompetens framöver, kanske fritidspedagoger, skapa möjligheter med små enkla medel. Konkret jobba förebyggande för att motverka exempelvis ensamhet. Jobba ihop med frivilligorganisationer. Erbjud äldre viktiga sätt att bidra, exempelvis klassmormor och klassfarfar, se de äldre som en resurs. Det digitala samhället kan vara exkluderande, kan behöva lägga fokus här, exempelvis anordna sommarkurser för äldre. Jobba med det digitala utanförskapet – och detta är inte undersköterskor skolade på utan här behövs andra kompetenser.

Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer

- Vårdbiträde (utbildad, vårdbiträdesutbildning).
- Undersköterska (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Stödassistent (utbildad).
- Stödpedagog (gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning, yrkeshögskola).
- Boendestödjare (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Specialistundersköterska mot välfärdsteknik (yrkeshögskola).

Tillgång

Svårt hitta rätt kompetens. Måste minska andelen timanställningar, få i gång heltidsresan. Svårt i en liten kommun att arbeta med bemanningsorganisation. Kanske behöver vi ha ett formellt utbildningskrav för att få fortsätta sin anställning, för att få företrädesrätt.

Behöver fråga oss vad vi ska använda utbildad personal till. Vi har Samhall för städ och tvätt. Från arbetsgivarhåll måste vi bestämma oss vad vi vill att personalen ska utföra för arbetsuppgifter.

Kompetensutvecklingsområden för baspersonal

- Vårddeteknik
- Medicinsk kunskap
- Demens och geriatrik
- Palliativ vård
- Psykiatri

Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser

Haft väldigt framgångsrikt arbete under pandemin med en av sjuksköterskorna som fick ansvar för att utbilda all personal i föreskrifter om smittskydd, rutiner, praktiska övningar och covid.

Utbildat i HLR.

På APT kan vi bjuda in sjuksköterska eller läkare som berättar om olika saker.

Har ett projekt nu för att bli stjärnmärkta inom demensvård, två medarbetare har gått utbildning hos Svenskt Demenscentrum, dessa två har sedan utbildat vidare i organisationen. Framgångsfaktor att det blir ett fortgående, kontinuerligt arbete i verksamheten. Ge möjlighet till medarbetare att själva bli ansvariga och kunna förmedla kunskaper.

Ombud, har exempelvis en hygiensjuksköterska från regionen som de köper in för att utbilda hygienombud.

Egna arbetsterapeuter utbildar i lyftteknik.

Har en vårddetekniker som har i uppdrag att utbilda personal i exempelvis trygghetslarm.

Hinder för internt lärande är brist på sjuksköterskor och att tiden inte räcker till för personalen.

Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser

- Komvux, med äldreomsorgslyftet har de påbörjat utbildning på Komvux för 8 medarbetare. Vi har även arbetat med validering.
- Regionen, vård och folkhälsa anordnar en del tillfällen och dagar
- Tagit in någon utifrån/från en annan kommun för att utbilda i demens, BPSD och kvalitetsregister.

Förutsättningar

Att det finns tid och resurser, måste kunna sätta in vikarier.

Ibland fått statliga medel för att exempelvis förbättra demensvården. Stjärnmärkt, nyttjat medel till både att bekosta utbildningen och vikarier. Får hitta extern finansiering, har verkligen hjälpt kommunen många gånger.

Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård

- Vård- och omsorgscollege. Jätteviktigt och bra forum.

- Regionen, Vårld och folkhälsa, samverkansgrupper i länet, ex. socialcheferlnätverket, IFO, MAS. Nödvländiga och bra, viktiga för att inte bli sittandes ensam med frågor, kan hjälpas åt, utbyta tankar och erfarenheter, prova på olika saker och samarbeten.
- Länsdelsgrupp i norra länsdelen. Har ett utvecklalt arbete mellan kommunerna och regionen och en samverkansledare, finns mycket potential här, finns en handlings- och aktivtetsplan.

Intresse, idéer och behov av samverkan

Absolut nödvändigt att samverka, som liten kommun är vi beroende av att kunna göra saker tillsammans. Är så små, behöver se om vi kan samarbeta med någon annan kommun inom vissa områden. Har mycket samverkan både länsövergripande och inom norra länsdelen. Positivt inställda till att vi kan få använda utbildningar i Örebro kommun. Öppna upp. Vissa saker kan inte göras på egen hand. Samarbeta och köpa tjänster av varandra. Måste tänka minskad sårbarhet och höja kvaliteten.

Försökt ha utbyte med regionen, hospiterat, haft en undersköterska som varit inne på Lindesbergs lasarett, övat på provtagning och labb. Detta skulle kunna utvecklas mer.

Regionen skulle kunna bygga upp och anordna olika kompetensutvecklingsinsatser som erbjuds regelbundet. Utveckla olika utbildningspaket. Inom områden som ständigt behöver upprepas, exempelvis smittskydd, hygien, Våga fråga-våga se (suicidpreventiv utbildning). En lista över kompetensområden med tillhörande kompetensutvecklingsinsatser, på grund- och fördjupningsnivå. Vid fysiska utbildning vore det bra om regionen kan åka, att inte personalen alltid behöver åka.

Det vore bra om Regional utveckling kunde hjälpa till att bygga en utbildningsbank med info om var kommunerna kan hitta olika utbildningar. Få info om vart det finns kurser, halvdagar, heldagar. Samordnar och visar upp det utbud som finns men också lyssnar in vilket behov av kompetensutvecklingsinsatser kommunerna har. Kan vara en konkret checklista.

Tätare öppenvård, att psykiatrin blir mer närvarande i det kommunala arbetet. De jobbar ofta konsultativt, de kommer och ger tips och råd - för att undvika slutenvård. En tätare öppenvård betyder att skötare eller sjuksköterskor kommer och är med och jobbar under en tid med individerna. Öppen psykiatrisk tvångsvård finns, vad är kommunens ansvar här? Gränsdragningen. Behandlingsdelen har inte kommunen ansvar för men de behöver ändå hantera individerna med psykisk sjukdom. Finns VIP-inläggningsplatser på avdelningarna, för de vi vet behöver kunna komma in, planerade inläggningar. Haft dialog med Lindesberg här. Inte blivit av, men intressanta förslag. Skulle kunna vara en pilot. Ha två anställda från regionen som jobbar ute. Inte bara konsultativ utan som går in i mer aktivt behandlingsarbete. Vara ett aktivt team, göra jobbet tillsammans, ta gemensamt ansvar för hela vården.

Bilaga 2 Arbetsgivare Örebro kommun

Dokumentation av gruppintervjuer med chefer och medarbetare från Örebro kommuns Vård- och omsorgsförvaltning och Förvaltning för sociala insatser, redovisade var förvaltning för sig.

Innehåll

Bilaga 2 Arbetsgivare Örebro kommun	1
Vård- och omsorgsförvaltningen (VoO)	2
Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära	2
Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer	3
Kompetensutvecklingsområden för baspersonal	4
Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser	5
Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser	6
Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård	7
Intresse, idéer och behov av samverkan	8
Förvaltningen för sociala insatser (FSI)	10
Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära	10
Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer	11
Kompetensutvecklingsområden för baspersonal	12
Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser	13
Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser	14
Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård	15
Intresse, idéer och behov av samverkan	15

Vård- och omsorgsförvaltningen (VoO)

Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära

Vi samlar mycket av det vi gjort förut under ett större paraply. Personcentrerad vård, IBIC, rehabiliterande arbetssätt, trygg hemgång, allt detta inryms i nära vård. På så vis arbetar vi redan mycket med nära vård.

Samverkan utifrån personcentrerad vård. Det blir inte så stor skillnad i vad vi gör, de arbetsuppgifter vi utför, utan mer utifrån hur vi samverkar. Det kommer krävas ännu mera ansvarstagande, tillit och relationer.

Det blir ett maktskifte, från profession till individ. Viktigt att förhålla sig till att det är en omställning.

Det kommer att vara olika stor omställning och kulturförflyttning i de olika verksamheterna. Inom de förebyggande verksamheterna jobbar vi redan mycket med perspektiven helhetssyn, inkludering och samverkan. Vi känner "äntligen!", det är en annan syn på människan.

Vi är mycket specialister och duktiga på var sin bit, är skolade så. Behöver bli bättre på att se hela människan, helheten.

Det kommer att krävas nya arbetssätt som stödjer ett nytt förhållningssätt. Olika professioner är olika tränade i det nya förhållningssättet där exempelvis arbetsterapeuter är mer vana att tänka/fråga "vad blir bäst för dig?" i jämförelse med sjuksköterskor.

Att vi tillhör begreppet primärvård och att det kommer bli en större första linjens primärvård. Att individer ska få mer kvalificerad vård i hemmet. Kronikerna ska inte behöva åka in och ut till sjukhuset. Vårdcentraler, öppenvården och specialistmottagningar kommer bli mer aktiva parter. Fler hembesök från läkare och specialistsjuksköterskor. Det kan också gå åt andra hållet, att kommunens arbetsterapeuter får åka till vårdcentraler och medverka vid bedömningar.

Geografisk och relationell närhet. Varje led i yrkeskompetensen ska flyttas närmare individen. Vi ska vara på vår bästa/lägsta möjliga vårdnivå. Sjuksköterskor ska kunna ägna mer tid hos individen hemma, än bakom ett skrivbord. Baspersonalen finns redan hos individen stor del av tiden. Sjuksköterskor bibehåller och själv utför fler arbetsuppgifter, arbetsuppgifter som idag delegeras till undersköterskor.

Vi vill kunna ge mer specialistvård i hemmiljön, exempelvis att specialistläkare kommer till boendet.

Individen ska bli mer delaktig och veta hur hen ska hantera sin sjukdom, mer egenvård.

Vi behöver ha en högre kompetens för de som arbetar närmast individerna, för att vara en partner för de vi är till för. Vi behöver troligtvis ha en mer legitimerad personal, exempelvis sjuksköterskor och arbetsterapeuter.

Vi behöver differentiera arbetsuppgifter utifrån kompetens och tillhörande titulatur.

Arbeta över gränserna och använda andra kompetenser utanför den egna förvaltningen, exempelvis FSI. Behöver också arbeta mer flexibelt över de egna enhetsgränserna. Vi behöver överbrygga stuprören i kommunen och sudda ut gränsen mot regionen.

Arbeta i team runt individen. Det ska finnas några professioner nära individen som vid behov kopplas på och samman. Idag arbetar sjuksköterskor mer konsultbaserat, men kommer behöva arbeta mer kontinuerligt tillsammans med övrig personal.

Sömlös samverkan i insatserna, där det för individen inte ska märkas om det är kommunen eller regionen som agerar. Det kommer att bli en annan maktbalans när medarbetare med olika

utbildningsbakgrund ska arbeta närmare varandra och i team. Gränsöverskridande arbete kräver att medarbetare känner tillit i sin profession och vågar arbeta med individer över gränserna, tillsammans med kollegor som en inte känner. Vi behöver jobba med baspersonalens trygghet.

När det krävs mer sjukvård och vid akuta ärenden kommer vi långt ifrån individen och det kan brista i samverkan mellan oss och regionen, exempelvis gällande kommunikation, journalmässigt men också muntligt. Det blir tydligt att vi är långt ifrån varandra, behöver hitta rutiner och drömmen vore att alla hade samma journalsystem.

Det är när det behövs specialister som det skulle behövas någon som håller ihop det hela, som kommunicerar med alla så det blir bra för individen.

Vi kan öka kompetensen genom att arbeta flexibelt, exempelvis på andra arbetsplatser. Pandemin bidrog till att personalen fick flytta på sig vilket innebar att det blev bra för individen/patienten som fick bibehållen kontinuitet, för medarbetaren som flyttade på sig och fick prova något annat och samtidigt känna att hen fungerade i en ny arbetsmiljö, och för kollegorna som fick en ny erfaren kollega.

Jobba mer proaktivt, förebyggande och med tidiga insatser. Få resurserna att räcka till. SKR lyfter denna fråga, vilket är bra.

Kommer bli svårigheter utifrån att vi har så mycket utbildad personal.

Det pratas mycket om att vi behöver öka den medicinska kompetensen hos baspersonal men det är inte tillräckligt. Vi löser inte allt genom att öka den kompetensen hos baspersonalen.

Kommer bli mer VFU i vår verksamhet, en mer akademisk miljö. Det kommer kräva mer tid för att förklara för varandra varför vi gör som vi gör, arbetssätt där vi lär av varandra.

Konkret skulle vi behöva använda samma begrepp för individen. Inom hemvården och politiken pratar vi om ”kund”, inom vård- och omsorgsboendena ”boende” och inom regionen ”patient”. Ett gemensamt begrepp skulle signalera att vi pratar om samma sak och att vi har ett gemensamt ansvar.

Lite olyckligt att begreppet är *nära vård* då dessa förhållningssätt gäller från vaggan till graven och inkluderar socialtjänst, FSI, VoO och primärvården.

Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer

- Vårdbiträde (utbildad, vårdbiträdesutbildning).
- Verksamhetsstödjare (utbildad, gymnasial utbildning, mestadels gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Undersköterska (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Driftledare/kvalitetsstödjare (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Driftplanerare (utbildad, gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Specialistundersköterska med inriktning mot exempelvis demens och palliativ vård (yrkeshögskola).
- Aktivitetssamordnare/aktivitetsvärd (utbildad).
- Serviceassistent (anpassade anställningar, exempelvis lönebidragsanställningar).

Önskar egentligen ha undersköterskor med olika uppdrag istället för rena administrativa funktioner, som exempelvis driftledare och verksamhetsstödjare. Det skapar en större flexibilitet att ha undersköterskor med administrativa uppdrag, istället för att låsa en anställning vid en ren administrativ tjänst.

Det finns en målsättning på 120 specialisttjänster (yrkeshögskola) år 2024.

Viktigt att vi nyttjar specialistundersköterskorna rätt så att de kan bidra på olika enheter. Försökt strukturera detta men inte landat i hur vi ska tillvarata dem. Vi har uppdragsbeskrivningar men detta behöver utvecklas. Plan att det ska finnas två till tre specialistundersköterskor på varje vård- och omsorgsboende. Förvaltningsledningen måste hjälpa till mera här.

Det är ett bekymmer att alla utbildade anställs som vårdbiträden, samtidigt som vi har utbildade vårdbiträden. Med befattningen följer arbetsuppgifter – och de har ju samma arbetsuppgifter.

Validering är inte att likställa med en undersköterskeutbildning.

Önskar skyddad yrkestitel, att det blir tydligt vad som ingår i en undersköterskeutbildning. Det skulle underlätta för att se vad gamla vårdutbildningar motsvarar i relation till dagens krav.

Tillgång

Tillgången till baspersonal är generellt svår.

Tillgången ser olika ut och beror på verksamhetsområde. Förebyggande verksamhet så som dagverksamhet, minnesmottagning och anhörigcentrum, har alltid lätt att få sökande. Vård- och omsorgsboendena får ofta utbildade sökande medan hemvården har svårast att rekrytera utbildad personal. Det börjar bli svårare även för vård- och omsorgsboendena.

Inom hemvården ser tillgången till personal olika ut beroende på om verksamheten finns i staden eller på landsbygden. Verksamhet på landet har svårt att hitta personal, inne i stan är det relativt lätt. Att det är körkortskrav för tjänster på landet, samt längre resväg för många (vilket kostar tid och pengar), utgör försvårande faktorer för rekryteringen. Vissa hemvårdsenheter täcker både stad och viss landsbygd.

Det är svårt att behålla personal i hemvården.

Antalet medarbetare inom vård- och omsorgsboendena är 1200, inom hemvården 850, och inom förebyggande 130.

Kompetensutvecklingsområden för baspersonal

- Språket. Stora utmaningar, uppdragas exempelvis i vårdbiträdesutbildningen där 17/22 personer inte får godkänt gymnasiebetyg i svenska (Svenska A ingår i vårdbiträdesutbildningen). Behövs fler språkombud. Även personer med svenska som första språk kan behöva höja språkkunskaperna, exempelvis kopplat till dokumentation. Vi slänger oss med begrepp, förstår alla vad det betyder? Exempelvis ”personcentrerad”, ”proaktivt”.
- Bedömning av allmäntillstånd (vad jag bör reagera på hos en person).
- Psykisk ohälsa och bemötande. Hantera otrygghet och ångest.
- Medskapande och samverkan, rehabiliterande arbetssätt, empowerment, förebyggande arbete.
- MI, samtalsmetodik. Kunna lyssna in och fånga upp vad individen vill, läsa av och bemöta på ett bra sätt. Kunna ta de existentiella frågorna.
- Baskunskaper, sådant som ingår i vårdbiträde- och undersköterskeutbildningarna. Även utbildade behöver fyllas på i alla delarna.
- HSL-insatser.
- SoL och HSL, lagrummen som styr arbetet.
- Omvårdnadskunskap. Konkret hur en gör. Sjukdomslära, anatomi, fysiologi.
- Åldrande, vad som är normalt åldrande respektive ingår i en sjukdomsbild.
- Välfärdsteknik och digitala verktyg. Vi behöver göra medarbetarnas mer bekväma att använda digital teknik, våga prova. Både för egen del men också för att kunna stödja individerna.
- IBIC. Dokumentation och verksamhetssystem.

- Personcentrerad vård. Bli inspirerad och veta hur vi kan ta det längre.
- Nära vård. Information om vad omställningen innebär.
- Service.

Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser

Främst för att upprätthålla kompetens, repetition och överinläring.

Det sker mycket lärande inom verksamheterna, visar varandra, introducerar, har ombudsuppdrag, lär ut och lär vidare, men det skulle kunna utvecklas ännu mer.

Stora vinster med att vara en lärandeorganisation. Det ger ett kollegialt utbyte, prata om undersköterskerollen på arbetsplatsen, våga lära av varandra, vara mentorer för varandra, gå i bräsch.

Att få praktisera och reflektera tillsammans är det bästa sättet att lära sig. Skulle vilja att vi arbetade med internpraktik hos varandra, samt med handledning.

Skickar ut enstaka medarbetare på utbildning, önskar kunna höja kompetensen för samtliga medarbetare, så det inte bara blir vissa.

Internt lärande är ett förhållningssätt. Jobba med mer tillitsbaserad styrning, få medarbetare att blomma och bidra med sin kompetens. Låta medarbetare kliva fram. Plocka in enkla saker för att sätta fokus på lärande.

Inom socialtjänsten och IFO finns det utbildningar som lätt skulle kunna anpassas till våra verksamheter och medarbetare.

Bra att någon utifrån kommer, men som ändå går på schema och förstår verksamheten.

Finns intropaket för vikarier men vore bra med intropaket för alla i förvaltningen, att vidareutveckla detta.

Exempel på internt lärande

- Utlåning av specialistundersköterskor till andra verksamheter, för att coacha och spegla.
- Nyttja APT för reflektion, utvecklande samtal och lärande. Handlar om god och bra planering från enhetschefens sida. Reflektion kan ge mer i längden än information. Medarbetarna är inte alltid vana att reflektera så detta är något vi behöver träna.
- Omvärldsspaning, få höra hur andra jobbar, bli inspirerad av andras framgång. Exempelvis poddar och studiebesök.
- AU-kompetens, byggt en struktur där vi försöker använda oss av våra medarbetare som kontinuerligt omvärldsbevakare. Behöver utveckla detta.
- Finns en internutbildningsorganisation med tre nivåer, introduktion, fördjupning och specialisering. Detta ingår i kompetensutvecklingsplan där exempelvis en chef kan rekommendera en medarbetare att utbilda sig vidare. Instruktörer får externa utbildningar och har i uppdrag att internutbilda i verksamheterna medan ombuden mestadels internutbildas och har i uppdrag att vara en sakkunnig och ett stöd i frågorna på hemmaplan. Det behöver dock utvecklas strukturer för att samordna och kompetensutveckla ombudsrollerna, det kan inte ligga på varje enhetschef.
- MHFA - Första hjälpen till psykisk hälsa (äldre), ett nationellt utbildningsprogram från Karolinska institutet. Vi har utbildade instruktörer inom VoO och FSI som utbildar samtliga medarbetare i förvaltningarna.

- Ombudsutbildningar. Exempelvis palliativa vårdsamordnare utbildar och handleder palliativa ombud, ca 230 stycken. SAS utbildar visa/driva-handledare angående IBIC och dokumentation. Dessa ombudsroller ska finnas på varje enhet.
- Arbetsterapeuterna i kommunen utbildar all baspersonal i förflyttning- och lyftteknik. Ingår i introduktionen men skulle också behöva fyllas på efter hand.
- Demensteamet utbildar och handleder baspersonal.
- Ny kompetensstrategi inom området demens.
- När det gäller förflyttningskunskap och lyftkörkort tar vi fram material, exempelvis filmer, som vi använder internt men också delar med de andra kommunerna i länet. MAR-nätverket och kontaktpersonerna i varje kommun är viktiga här. Välutvecklat, gjort detta i många år.
- Just börjat med tvilling- och trillingskap för enhetscheferna vilket kan bidra till ökat samarbete och lärande över enhetsgränserna, inklusive möjlighet att dela på timvikarier.

Exempel på hinder för internt lärande

- Bristande uppföljning, uthållighet och kontinuerlig träning. Utbildningar med en struktur som inkluderar återkommande nätverksträffar är att föredra.
- Behöver ha bättre förändringsledare i verksamheterna. Internt lärande ställer krav på chefen att möjliggöra, ge förutsättningar, för personalen att kunna tillgodose sig utbildning och lärande. Arbeta smartare med att dra nytta av personalens olika kompetenser.
- Tid att på enheten och mellan enheter reflektera och lära. Det handlar också om att skapa öppenhet inom och mellan verksamheter, lära av exempel.
- Sjuksköterskor har inte tid och förutsättningar att arbeta nära baspersonalen för att kunna se ev. kompetensbrister och ev. även kunna lyfta dem.
- Svårt att kräva att medarbetare ska kunna anpassa en utbildning till medarbetare som är så heterogena, har så olika kunskapsnivåer. Från de som inte vet vad en genomförandeplan är till de som går MI-utbildning. Krävs nästan lärarutbildning.
- Ibland finns inte kompetensen.
- Det blir för krångligt, för administrativt.
- Omsättning av personal kan bidra till hopplöshet och att ”det inte är någon idé” att satsa på kompetensutveckling då ”den ändå snart försvinner bort”.
- Brister i språkkunskaper kan förhindra tillgodogörande av utbildning.
- Alla medarbetare har inte Officepaketet och kan inte tillgodogöra sig digital utbildning, här måste vi arbetsgivare ge bättre förutsättningar.
- Vi utbildar utan större plan och strategi och inte alltid utifrån behov. Vi skulle behöva arbeta mer tydligt utifrån identifierade behov och helhetsperspektiv, att vi pratar ihop oss innan, samordnar oss och följer upp.
- Utbildningsmaterialet är inte målgruppsanpassat, ligger inte på rätt nivå.

Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser

- Gymnasiet och komvux. Exempelvis språkombudsutbildningar.
- Privata aktörer. Exempelvis pågår det nu MI-utbildning för medarbetare inom förebyggande verksamhet. Inspirationsföreläsningar kan vara viktiga, få skratta, känna igen sig, det ger kraft.
- Myndigheter som exempelvis Socialstyrelsen, Demenscentrum och Vårdförbundet. Har bra webbutbildningar, exempelvis: Vårdförbundet - studiematerial om personcentrerad vård.
- Regionen. Anordnar exempelvis ”Undersköterskans dag” och utbildningar i suicidprevention och specialistsjukvård. Vi köper in tjänster så som hygiensjuksköterskor för att hålla i utbildningar för hygienombuden.

Förutsättningar

Viktiga förutsättningar är tid, ekonomi och personella resurser för att kunna sätt in vikarier. Få tillräckligt många tillfällen att välja på, kan inte skicka hur många som helst till ett och samma tillfälle.

Tajming, planering och god framförhållning är viktigt.

Vikarier, svårt släppa ordinarie för att kunna täcka upp med vikarier.

Ibland är det viktigt att kunna skicka många ”likartade medarbetare” på en gång, exempelvis under 2 månader, då det blir en stor kraft i det, att få fart i den egna verksamheten. Ibland är det istället det tvärprofessionella som är det viktiga.

Mycket lättare att medfinansiera kommunal verksamhet, exempelvis med statliga medel, så som nära vård-pengar som går direkt in i Äldreomsorgslyftet. Sedan är den kommunala vuxenutbildningen mycket flexibel och har en djup kunskap, förstår oss. Vi har samma intresse och mål, vill få ut så bra medarbetare som möjligt, de vill att studenterna ska lyckas och få ett jobb. Är inte så formella, börjar på idéstadiet, fokuserar inte på formalia utan det löser sig efterhand. De sätter ihop något, plockar ihop kurser som svarar mot behov, löser det. Att det fungerar så bra är väldigt personbundet.

Webbutbildningarna fungerar bäst om vi har en struktur där vi följer upp utbildningarna med samtal och reflektionsfrågor för att det ska bli ett bättre lärande.

Kommunerna och regionen skulle kunna samverka mer gällande utbildningar. Exempelvis ta fram ett material för att sjuksköterskor ska kunna prata hjärtsvikt med vår personal. Om vi tar fram det någonstans, skulle vi kunna använda det i alla kommunerna. Vi skulle undvika dubbelarbete.

Det konkreta utbildandet vill vi ha nära och i smågrupper, medan framtagandet av material och riktlinjer med fördel kan centraliseras.

Vi skulle behöva säkrare system för att kunna nyttja regionens resurser, det ska inte hänga på personliga kontakter. När vi ber om hjälp från regionen så blir utfallet beroende på vem vi möter. Ibland har vi fått jättebra hjälp och i annat fall har vi inte fått någon hjälp/ blivit hänvisad vidare.

Helhetsperspektiv avseende planering, genomförande och uppföljning, samt målgruppsanpassning av innehållet.

Behovsinventering, jobba med delaktighet, att medarbetarna verkligen behöver det här, att utbildningen uppfyller ett tydligt syfte.

Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård

- Vård- och omsorgscollege. Mycket formaliafrågor, styrt och strukturerat, viktigt ge utrymme för dialog och diskussion. Jättebra forum för att få en övergripande bild, perspektiv och kontakt med utbildarna och andra kommuner. Behöver dock utveckla det interna flödet mellan arbetena på lokal och regional nivå samt hur arbetet dockar in i kommunens övriga strukturer.
- AU-kompetens i förvaltningen. Bra forum, börjar få mer fart i det nu. Frågor om vad hemtjänstmedarbetare behöver för kompetens tas upp, även de privata ska krävas på samma kompetens. Arbetar med att ge en sammanhållen bild av kompetensnivåer och uppföljning.
- Chefsnätverket för vård- och omsorgschefer. Utbyte, uppdatering, inspiration, viktigt forum när en är ny.
- Validering. Fungerar dåligt, det är brister i den praktiska omvårdnaden.
- REKO (regionalt nätverk för rektorer inom vuxenutbildningen).
- FOU-enheten.
- MAS/MAR-nätverken.

- Örebro universitet. Vi har ett trögt universitet, är väldigt formellt. De skulle behöva använda samverkansparagrafen bättre och vara ute i verksamheten mer.

Intresse, idéer och behov av samverkan

Stort intresse. Ibland beskrivs vi som locket i de regionala chefsnätverken. Vi är störst, har möjligheter att facilitera och bygga upp. Det är också Örebro kommuns roll att vara grundfundamentet för samarbete. Vi kan inte sitta och hålla på saker, var för sig.

Efter genomförd utbildning i nära vård, och efter att vi lagt grunden och informerat våra medarbetare, behöver vi jobba ihop oss i kommunen och knyta an till regionen, göra det tillsammans. Ska se resultat om 2 år. Exempelvis arbeta utifrån case, utifrån trygg hemgång, roller och ansvar i de olika situationerna.

Svalt intresse från de andra kommunerna vad gäller att samverka utifrån Äldreomsorgslyftet, hade velat haft ett forum där de här frågorna diskuterades.

Vi (enhetschefer och strategiska tjänstepersoner) kan vara ensamma, behövs forum för oss. Söker nätverk med ljus och lycka! ”Känner inte till samverkansforum och det säger ju något, är för långt ifrån.”

Önskar mer samverkan och regional samordning kring kvalitets- och metodfrågor generellt, men också specifikt riktat mot äldreomsorgen. Metodstöd, hur vi ska följa upp och utvärdera.

Samla kompetensförsörjningsfrågorna i ett forum, där kommuner och regionen ingår. Titta på nära vård ur gemensamma glasögon, kommuner, region, utbildningsanordnare – jobba över gränserna.

Samverka på olika nivåer, tänka lite som Vård- och omsorgscollege, att organisera frågan regionalt och lokalt.

Samverka kring finansiering och planering av kompetensutvecklingsinsatser, berör utbildningsanordnarna också. Titta på hur detta skulle kunna samorganiseras, utifrån geografi till exempel.

Önskemål om att kunna få ta del av regionens egna utbildningar. Att gå utbildningar tillsammans med regionen skulle göra att vi förstår varandras organisationer bättre. Exempelvis med vårdcentralen och geriatriska kliniken, där vi har samma målgrupp, lagstiftning och värdegrund. Exempelvis skulle utbildningar kunna genomföras gemensamt även för områden som psykisk hälsa hos äldre, samtalsmetodik, personcentrering, MI, basal omvårdnad, egenvårdsdelen – det proaktiva, det är ett sätt att närma sig varandra.

Utöver samordning av utbildningar finns önskemål om att i högre utsträckning även samordna och dela olika material.

Skapa en sambandscentral, ett smörgåsbord där vi kunde erbjuda och köpa utbildningar av varandra, kommuner och regionen.

KTC skulle kunna nyttjas bättre.

I överenskommelsen för somatisk hemsjukvård står det att vi ska samverka, VoO och vårdcentralerna i kommunerna, kan behöva utvecklas.

Vi skulle kunna använda oss av hospitering i högre grad, arbeta på andra arbetsplatser under en viss period, med begränsade krav och inte på schemarad, med syftet att skapa ett lärande. Finns sällan tid, inte alltid så öppen inställning, men idén är jättebra.

Det finns för få samverkansforum för undersköterskor.

Arbete i gemensamma verksamhetssystem skulle underlätta, mellan kommun och region.

Intresse av att samverka med specialister från regionen, hur vi ska kunna kommunicera bättre och arbeta närmare varandra.

Vad gäller arbetet med omställningen till nära vård måste vi börja i små minipiloter från kommunen och regionen där initiativ kan komma både under- och över ifrån. Det är viktigt att förutsättningar ges uppifrån.

Förvaltningen för sociala insatser (FSI)

Tolkning av nära vård och vad denna omställning kommer att innebära

Inte fått så mycket information om vad nära vård är än. Haft en informationsträff för alla chefer inom FSI och några chefer ingår i utbildningssatsningar, så insynen i frågan ser olika ut.

Förvaltningsledningsgruppen har definierat det som ett paraply över många olika delar och där flera olika delar behöver kopplas på, inte bara social välfärd utan hela kommunen, exempelvis skolan, och regionen.

Mycket är om regionens sjuk- och primärvård, inte kommit till vad vår roll i detta är. Vet idag inte vilken väg Örebro län ska ta. Samtal pågår på högsta nivå, mellan politiker och tjänstepersoner, och det är först när de har bestämt sig som det blir verkligt för oss och vi kan börja arbeta med omställning och förändring. Vi är så långt bak i svansen att det i nuläget är svårt att ta sig an det.

Det är lite fluffigt med nära vård nu, lättare att gå in i något när det är mer handfast. Svårt att hitta intresse och engagemang, att avsätta tid, samtidigt som det är viktigt att vara med i det initiala strategiska arbetet. Det är en pedagogisk utmaning.

En bättre samverkan, med exempelvis regionen. Att folk inte ramlar mellan stolarna. Sudda ut gränserna, att tillgängligheten blir bättre. Att vi blir ett vi som ska hjälpa individen. Nära vård är en kulturreisa vi behöver göra och det är nödvändigt att vi gör den tillsammans, vi kan inte jobba med nära vård själva.

Att andra aktörer ser individens behov även när uppdraget övergår till kommunen. Hjälpas åt oavsett vart individen är. Göra lite mer utöver vad som formellt ingår i uppdraget, om det är det som krävs för att kunna nå personen, kunna ge en insats.

Hänger ihop med IBIC, utgå från individens behov och förutsättningar. Exempelvis kuratorkontakt eller psykolog, behöver inte vara det medicinska. Vi kanske ser behovet men individen själv kanske inte ser det. Bygga nätverk runt individen.

Jobba proaktivt, hälsofrämjande.

Hoppas det ska fungera bättre än vad SIP gör idag, då dessa är svåra att få till.

Det måste ges utrymme för samverkan, att det får kosta resurser, tid och kraft. Sedan kan vi inte samverka så där i största allmänhet utan det måste finnas något klokt att samverka kring, måste definiera vad vi menar.

Det positiva med nära vård är att för många av våra individer är det inte hälsosamt att vistas på sjukhus eller gå till vårdcentral, för dem blir det bra att kunna få vård närmare sin vardag. En oro kan vara att nationellt fokus ligger på vård och omsorg, att de glömmer vår målgrupp, bekymrad att det är på väg åt samma håll här lokalt/regionalt.

Det kan bli tydligare och enklare med egenvården, önskescenariot är att sjukvården kan komma till individen i stället för att individen ska behöva ta sig till sjukvården. Detta är särskilt angeläget när det gäller barn.

Hoppas nära vård är en reform som bryter stuprörstänket, gränserna, det som gör att folk faller emellan stolarna.

Positivt att kommun och region får samma målbild, ett gemensamt arbetssätt. Vi har idag avtal och överenskommelser som inte efterlevs i praktiken, exempelvis gällande samverkan mellan socialpsykiatrin och regionens psykiatri, och här kan det underlätta om vi har ett och samma mål.

Vi skulle behöva få mer kunskap om varandra, kommun och region, våra olika roller och ansvar.

Farhåga att regionen trycker ut individer och arbetsuppgifter till kommunerna för att de inte har tillräcklig egen kapacitet, utan att resurser följer med. En decentralisering.

Namnet klingar inte så bra, stark koppling till äldreomsorgen. Inom funktionsstödsområdet pratar vi mer stöd och service och vill inte heller alltid förknippas med vård och omsorg, vilket är en kulturfråga.

Beskrivning av baspersonal och kompetensnivåer

- Stödbiträde (utbildad).
- Boendestödjare (gymnasial vård- och omsorgsutbildning).
- Handledare (gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning, relevant högskoleutbildning).
- Instruktor (gymnasial utbildning).
- Personlig assistent (utbildad, gymnasial vård- och omsorgsutbildning eller barn- och fritidsutbildning, personlig assistent-utbildning på Fellingsbro folkhögskola).
- Stödpedagog (yrkeshögskola).
- Boendepedagog (relevant högskoleutbildning).
- Verksamhetspedagog (relevant högskoleutbildning).
- Fritidsassistent (gymnasial barn- och fritidsutbildning).

Det bubblar upp olika initiativ och utbildningar vilket är bra för det behövs fler olika kompetenser, exempelvis yrkeshögskoleutbildning specialistundersköterska med inriktning mot psykiatri.

När undersköterska övergår till att bli en skyddad yrkestitel blir det intressant att se vad Socialstyrelsen kommer att säga om boendestödjare och vilken kompetens den yrkesrollen ska motsvara.

Tillgång

Tillgången till baspersonal är generellt svår.

Relativt många sökande på annonser men många saknar rätt formell kompetens. Många är från de egna verksamheterna (FSI eller VoO) och Örebro kommun har som policy att ge förtur till internt sökande.

Svårt bygga upp grundkompetens hos alla medarbetare då de ofta byts ut.

Det saknas individuella kompetensutvecklingsplaner med motkrav att utbildade behöver utbilda sig. Jobbar mycket med validering vilket är problematiskt då kommunen inte har avsatta medel för detta. Försöker söka tillfälliga medel men det kan vara svårt då de flesta statsbidrag är riktade mot äldreomsorgen.

Det är också en utmaning att behålla personal vilket kan bero på negativ mediabild och att utbildade får bättre betalt om de arbetar i en annan bransch.

Socialpsykiatrin: hyfsat lätt att hitta personal, många från VoO söker sig hit, ryktet säger att det inte är så tungt vårdarbete, inte lika stressigt. Socialpsykiatrin har erbjudit heltid i många år, en fördel de haft i jämförelse med övriga verksamheter inom FSI och VoO. Kanske är det också attraktivt att socialpsykiatrin jobbar integrerat, att personal både är på boende och ute och ger boendestöd; pratat med VoO om de kanske skulle prova det.

Personlig assistans: många sökande saknar den formella kompetensen. Blivit svårare med åren och året att rekrytera. Brottas med det varje dag. Många sökande, men många vet inte vad de sökt till.

Anställer många som provar att arbeta men där det visar sig att arbetet inte passar för dem. Stort inflöde och utflöde, hög omsättning av personal. Individen har inflytande över både anställning och uppsägning vid PAN-anställning och då är uppsägningstiden 1 månad. Vid AB-anställningar hjälper HR till.

Daglig verksamhet: för ett år sedan var det lätt att få formellt utbildade sökande på annonser. Förut har de varit tydliga med den formella utbildningen, även vid timanställning. Idag får de göra avkall, sänkt kraven till ”önskar erfarenhet av arbete med personer med funktionsnedsättning”. Är körkortskrav inom DV, vissa sökande går bort på grund av det. Något har hänt som gör att det är svårare att rekrytera idag.

Bostad med särskild service: väldigt svårt att hitta personal med rätt kompetens, framför allt boendestödjare och stödbiträden. Många sökande men inte med rätt kompetens. Annonserar för och söker boendestödjare men anställer som stödbiträde i de fall där det saknas rätt formell kompetens. När den formella kompetensen saknas vill vi att de ska ha den rätta personliga kompetensen och ibland är det till och med svårt att hitta den. Fått sänka kraven vilket känns fel.

Barnbostad, korttids och fritids: tillgången på personal med rätt kompetens varierar beroende på verksamhet och målgrupp. Lättast att rekrytera till fritids då det är raka arbetsveckor. Målgruppens komplexa vård- och stödbehov kan verka försvårande då det ofta behövs kunskaper om både funktionsnedsättning och hälso- och sjukvård. Förekomst av hot och våld kan också verka försvårande.

Kompetensutvecklingsområden för baspersonal

- De rekommenderade arbetssätten för LSS-verksamhet/ Socialstyrelsen (pedagogiska arbetssätt, hjälpmedel, miljö etc.).
- Funktionsnedsättningar. Bakgrund, orsak, uttryck, kommunikation.
- Barns fysiska, psykiska och sociala behov.
- Omsorg.
- Hälso- och sjukvård, medicin.
- Psykiatri.
- Hälsofrämjande arbete, kost.
- Missbruk (beroende och skadligt bruk), alkohol, droger och självmedicinering. Detta är ett växande problem.
- Värdegrund, etiskt förhållningssätt och bemötande. Exempelvis självbestämmande, utåtagerande beteenden, kunna hantera komplexa personer.
- Samtalsmetodik och sekretess. Trygga personalen i vad de får och inte får prata om med exempelvis anhöriga.
- Redskap, hjälpmedel.
- Egenvården. Den är snårig, egenvårdbedömningen är inte korrekt, vart ska vi vända oss när det strular? Det kommer mer avancerad teknik för personalen att hantera. Här behöver samverkan med regionen förstärkas. Tydliggöra roller och ansvar.
- Individanpassning, våga ta självständiga beslut – inom ramen/utifrån beslut.
- Samverkan. Konkret representation och deltagande på möten.
- Juridik, roller och ansvar. Personalens möjligheter och skyldigheter utifrån lagrum. Exempelvis när narkotika påträffas eller en våldtäkt uppdagas. Anhöriga och föräldrars roll och ansvar och hur vi samspelar. Begränsningsåtgärder.
- Tjänstedesign. Säkerställa att vi anpassar stöd och insatser efter individernas behov.
- Systematiskt kvalitetsarbete. Hur vi jobbar förebyggande, utifrån arbetsmiljö och kvalitet, IBIC, hur vi lever upp till värdegrunden, riskanalyser.

- Digitalisering.

Internt lärande och kompetensutvecklingsinsatser

Tidigare haft ett en lyckosam lärandeorganisation med olika resursgrupper som jobbat med internutbildningar. Detta har urholkats, finns inte utrymme för dessa resursgrupper och medarbetare att ta de här extrauppgifterna då verksamheterna inte har möjligt att släppa personalen eftersom det saknas vikarier.

Vi skulle kunna jobba mer med internutbildning om det fanns en struktur, har inte den organisationen, finns bra kompetens på alla kompetensnivåer.

Det finns vissa internutbildningar. Önskemål om att utveckla webbutbildningarna, höja kvaliteten och utvidga till flera inriktningar. Gärna ha ett flertal, kortare webbutbildningar som en grundutbud - följt av fysiska fördjupningsutbildningar/workshops/erfarenhetsutbyten.

Utifrån de skyldigheter vi har kring kvalitet och kompetens i våra verksamheter så behöver vi förstärka vårt interna utbildningspaket så att våra formellt utbildade medarbetare kan kompetenshöjas.

Det är viktigt att satsa på de timanställda för att få behålla dem. Grunda och stärka dem till en början så ökar chansen att vi får behålla dem.

Vi skulle kunna lära genom att snegla mer på de som kommit längre i vissa frågor, exempelvis det övergripande barnrättsnätverket. Också samverka mer med skolan och kompetenshöja varandra.

Exempel på internt lärande

- Har en webbaserad gemensam introduktionsutbildning. Tanke att utveckla den så att det sen går att välja olika spår/inriktningar, exempelvis personlig assistans.
- Har en webbaserad delegeringsutbildning som följs upp med kunskapsprov. Sedan sker uppföljningsutbildningar 1 gång per år av sjuksköterska, exempelvis på APT.
- Förvaltningen har fyra PUT:ar (pedagogiska verksamhetsutvecklare) som ger handledning och anordnar digitala och fysiska utbildningar.
- Påbackning från IVO, samt arbete med avvikelshantering, hanteras som en lärandeprocess där vi sprider information och diskuterar frågorna i organisationen. Det blir tillfällen att förbättra rutiner och stödmaterial.
- Har en person anställd som håller i internutbildning inom RACT (Resursgrupps ACT). Får in samarbetet med regionen på ett bra sätt. Fokus på individen och dess medverkan i sin insats.
- Utbyten med VoO och IFO (Individ- och familjeomsorgen, organiserade inom FSI). Få förståelse för varandras roller och ansvar, förväntningar på varandra. Det är inte alltid känt vad boendestöd är exempelvis.
- Vård- och omsorgscollege, handledarutbildningar.

Exempel på hinder för internt lärande

- Effektiviseringar, minskad tid för kompetensutvecklingsinsatser och reflektion till förmån för den direkta brukartiden. Detta begränsar möjligheten att följa upp lärandet från exempelvis webbutbildningar.
- Ekonomi, vad kan vi pausa och prioritera annorlunda?
- Det saknas timvikarier att täcka upp för ordinarie personal som medverkar i internutbildning.
- Brister i styrning och ledning, inklusive organisering och samordning av PUT:arna och de pedagogiska funktionerna i verksamheterna. Detta är något av en intern kris.
- Det saknas strukturer, har inte den organisationen.

- Svårt att nyttja hela kommunen då det saknas nätverk, vet inte vem vi ska kontakta. Det skulle vara bra med en gemensam plattform.
- Vid komplexa ärenden krävs det detektivarbete för att hitta rätt. Får uppfinna hjulet och det kanske redan finns, men att vi inte vet om det.
- Det saknas tillräcklig samverkan för att inte tappa ”från barn till vuxen, i alla instanser”.
- HSE (Hälsa- och sjukvårdsenheten, organiserad inom VoO) har anställda arbetsterapeuter som skulle behöva kompetensutveckling inom socialpsykiatri, exempelvis föreskriver de inte kognitiva hjälpmedel.
- Personalgrupperna splittras av olika anledningar hela tiden vilket försvårar arbetet med att stärka dem.
- Dåliga digitala förutsättningar för att kunna tillgodogöra sig webbutbildningar, exempelvis datorer i verksamheterna eller projektorer för att kunna visa utbildningar på APT.
- Utbildningar kan vara för generella och där vuxna är norm. Dessa kan behöva anpassas utifrån särskilda områden, exempelvis gällande barn- och ungdomsverksamhet.
- Vi begränsar oss i att tänka att internt lärande är lika med att åka i väg på kurs.

Externa utbildningsanordnare och kompetensutvecklingsinsatser

- FUFA (Förvaltningen för utbildning, försörjningsstöd och arbetsmarknad) inklusive Komvux. Arbetar tillsammans i frågor som rör söktryck till gymnasiala vård- och omsorgsutbildningar, arbetsmarknadsåtgärder, språkombud och validering.
- Programområde social välfärd – här är det övergripande arbetet med rehabiliterande arbetssätt organiserat. Bra att arbeta brett med denna fråga.
- Regionen, samverkan med ett givande och tagande, exempelvis genom MI-föreläsningar och utlåning ut medarbetare. De har mycket kompetens som skulle kunna erbjudas/nyttjas mer.
- Regionen, Centrum för hjälpmedel och Syncentralen, erbjuder utbildning och handledning.
- Myndigheter och övriga aktörer, har många digitala utbildningar/webbinarier som är gratis, exempelvis Socialstyrelsen och Lära.
- Nerikes brandkår, köpt utbildning för brand-kunskap.
- Privata utbildare, köpt utbildning i HLR, webbutbildning Psyk-E bas (ligger i Kompetensportalen, tillgänglig för all personal).

Förutsättningar

Viktiga förutsättningar är tid, pengar och personal (timvikarier). Läggs mycket krut på de nyanställda men finns ingen strategi för att fylla på de som är anställda. Finns ingen ekonomi, köper inte utbildningar utanför organisationen.

Skulle behöva bli bättre på att följa upp webbutbildningarna, framförallt Psyk-E bas, som kan vara tungt belastande att genomföra för personalen och där uppföljande samtal skulle kunna avlasta och bidra till ett bättre lärande. I vissa verksamheter är det nödvändigt att avsätta tid för detta, exempelvis på brukarmöten.

Det saknas timvikarier vilket försvårar för ordinarie personal att medverka i internutbildningar.

Pratas mycket vård och omsorg (äldreomsorg). Våra verksamheter blir exkluderade vilket exempelvis försvårar att söka vissa medel.

Kan ta in Regionhälsan.

Befintliga forum/aktörer för samverkan om kompetensutveckling och nära vård

- AU-kompetens finns internt inom förvaltningen. Beredande möte till ledningsgruppen, inga beslut. Skulle kunna inkludera mer samverkan.
- Kompetensportalen, för samverkan inom förvaltningen.
- RACT. Önskar att fler kunde gå. Kanske att vi skulle ha en light-variant så att fler kan gå, pågår samtal om det.
- Vård- och omsorgscollege, vi är högt representerade här. Ett forum där vi försöker hitta gemensamma strukturer i länet, kring exempelvis APL, språkombudsutbildningen. Det kanske inte blir så konkret när vi pratar om de här frågorna. Utbildningarna rustar inte eleverna så som arbetsgivarna önskar. Svårt och otydligt att veta vem som gör vad i lokal och regional styrgrupp. Svårt att få fart i frågorna, det tar tid att få svar. Bra att det finns, men otroligt tungrott. Önskar mer samordning mellan kommunerna gällande exempelvis språkombud och validering. Tänka nytt för att klara kompetensförsörjningsutmaningen.
- Programråd, vi är högt representerade här.
- Ledningsgrupp för yrkeshögskoleutbildningar, specialistundersköterska, vi är högt representerade här. Det kommer inte så många arbetsgivarrepresentanter, bra forum för att diskutera och ta beslut.
- Chefsnätverket för funktionsstödschefer. Kompetensfrågan har aktualiserats där mer.
- SIP:ar, samordning kring individen vid komplexa ärenden, där finns alla kallade som är kopplade till personen. Denna samverkan uppfattas inte alltid som positiv.
- Vuxenhabiliterings-nätverk.
- Testbädds-nätverk.

Intresse, idéer och behov av samverkan

Stort intresse generellt.

Vi behöver kompetensutveckling kring vad nära vård är.

Intresse för de lokala prminiocessledarna för nära vård och deras uppdrag.

Önskar ett internt nätverk för PUT:arna och pedagogerna ute i verksamheterna.

Utveckla arbetet och samverkan kring de olika ombudsrollerna. Klargöra vad uppdraget innebär och hur ombuden ska sprida kunskaperna i organisationen.

Samverka mer med VoO, ha gemensamma internutbildningar, nyttja den interna kompetensen på nära håll i stället för att köpa in dyra externa utbildningar.

Vi behöver mer gemensamma utbildningar och satsningar, mellan kommunerna och med regionen. Det gör att vi slipper konkurrera med varandra.

Önskemål om att Regional utveckling kan hålla ihop mer utbildningar på lång sikt, som inte är beroende av tillfälliga medel. Tror Regional utveckling ska ha en samordnande roll för gemensamma utbildningar. De är en bra aktör som kan möjliggöra för alla parter att delta.

Önskemål om att regionen håller ihop ett samarbete/ nätverk för systematiskt kvalitetsarbete. Chefer behöver få påfyllnad i frågor som rör exempelvis analys och förändringsledning.

Skulle behöva samverka tätare med regionpsykiatrin, kanske via Regional utveckling eller direkt med regionpsykiatrin.

Vi skulle kunna nyttja vuxenhabiliteringen mer.

I Sörmland har de en vårdcentral för målgruppen personer med funktionsnedsättning. Intressant, hur kan vi jobba smartare, med personal som har förförståelse för målgruppen?

Samverkan kring egenvård, någonting kring det, vet inte vad.

Vi kan ha hur många system som helst för samverkan men vill inte den enskilde det så kommer vi inte samverka. Gäller såväl individen/brukaren som medarbetaren/chefen. Är person- och kulturbundet på arbetsplatsen.

I samverkan är det generellt lättare om vi setts innan, svårt börja samverka digitalt om en aldrig träffat människan. Viktig med fysiska möten, påbörja en relation. Det är också viktigt med tydliga syften, varför en går på möten.

Det är viktigt att samverkan sker på de högsta nivåerna och att beslut och överenskommelser sipprar ned i organisationerna. Att de högsta cheferna skapar förutsättningar för de övriga leden, med bäring ned på individärenivå.

Generellt behövs det mer tyngd på samverkan i stället för bevakning av sina egna områden. Jobba bort ”vi” och ”dom” och fokusera på att alla bidrar. Vi behöver också lära oss mer om varandras organisationer, roller och ansvar.