

Rapport

Delprojekt kompetens - Rehabiliterande arbetssätt

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



Sammanfattning

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

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

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

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

Innehåll

Bakgrund	4
Metod	4
Kompetensutveckling som begrepp	5
Rehabiliterande arbetssätt	5
Resultat av kunskapsinhämtning, inventering kartläggning	6

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

Bakgrund

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

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

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

Metod

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

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

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

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

Kompetensutveckling som begrepp

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

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

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

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

Rehabiliterande arbetssätt

Ett rehabiliterande arbetssätt innebär att alla yrkeskategorier sluter upp med insatser vid rätt tidpunkt i en aktiv samverkan för att ge den enskilde möjligheten att dirigera sin egen rehabilitering utifrån egna mål och resurser i en ständig process. Den enskilde ska hitta tillbaka till det som är viktigt i livet, att klara vardagen och ges möjligheter till aktivitet och delaktighet i samhällslivet.

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

Begreppet rehabiliterande arbetssätt innefattar rehabilitering, habilitering, hälsofrämjande

¹ Se djupintervjuer bilaga 4

och förebyggande. Rapporten tar sin utgångspunkt i begreppet rehabiliterande arbetssätt i enlighet med strategins definition.

Resultat av kunskapsinhämtning, inventering och kartläggning

Kompetensutvecklingsarbetet inom förvaltningarna

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

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

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

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

Berörda yrkesgrupper

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

För varje yrkesgrupp har en sammanfattning tagits fram, som visar kompetensbehovet utifrån ett nuläge, såväl formellt som informellt, d.v.s. personliga egenskaper och förmågor. Sammanfattningarna innehåller även formella utbildningskrav, statistik, befintliga kompetensutvecklingsinsatser och framtagna kompetenstrappor för de

yrkesgrupper där det finns. Sammanfattningarna har tagits fram för att få en övergripande bild av kompetensbehovet för de olika yrkesgrupperna.

Formella utbildningar och kompetensutvecklingsinsatser

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

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

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

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

² Inom Myndighetsavdelningen

³ Tidigare benämnd VISA

rehabiliterande arbetssätt är det av stor vikt att praktikanter ges möjlighet till träning och tillämpning för att i tidigt skede få kunskap.

Kompetensanalys

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

Kompetensbehov yrkesgrupper och chefer

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

Kompetenskartläggning yrkesgrupper

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

- *Grundläggande* – har grundkunskaperna, kan använda sig av den men behöver rådfråga och få stöd, inhämta kunskap från andra
- *Goda* – har bra kompetens, kan agera självständigt och hanterar normalt förekommande arbetsuppgifter på ett bra sätt, kan behöva stöd vid komplexa frågeställningar
- *Fördjupade* – har hög kompetens, omfattande förståelse, stor erfarenhet, hanterar och löser komplexa frågeställningar, blir ofta rådfrågad, kan vägleda andra

Följande frågeställningar belystes enligt nedan:

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

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

arbetssättet. Idag finns det separata värdegrunder inom förvaltningarna.

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

Kunskaper om vardagsrehabilitering & rehabiliterande arbetssätt

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

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

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

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

Undersköterskorna anser att kunskaper om målformulering finns till viss del. En del uppper att de inte formulerar mål utan ska omsätta de mål som satts av arbetsterapeut i de planer som finns kopplat till individen. Även kunskaper om utvärdering & uppföljning finns men det fungerar olika. Sjuksköterskorna tycker att de har en god kunskap. De arbetar dagligen med målsättningar i vårdplaner, utvärderar och följer upp löpande med individen och i dialog med övriga professioner inom t ex hemtjänstgruppen. Arbetsterapeuterna säger att, en del av deras grundprofession är att göra målformuleringar och anser därför att deras kunskap är fördjupad. Det gäller även för fysioterapeuter och

⁴ Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade

⁵ Socialtjänstlagen

seniorlotsar, men att det ibland saknas systematik i arbetssättet. Chefer instämmer i yrkesgruppernas upplevelser av kompetensen. De är överens om att detta är den stora utmaningen, att kunna sätta mål och genom dialog bryta ner dem för att omsätta i aktiviteter. De bedömer att kompetensnivån bör vara god till fördjupad för undersköterskor och seniorlotsar men fördjupad för arbetsterapeuter, sjuksköterskor och fysioterapeuter.

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

Biståndshandläggare, gruppleddare och boendesamordnare anser att kunskapen inom området är god, att kunskaper om utvärdering och uppföljning finns men att det fungerar olika. Det saknas kunskaper utifrån att verktyg inte finns som stöd i att sätta mål och bryta ner till delmål. Handläggare LSS/SoL och gruppleddare tycker att det finns grundläggande kunskap hos de handläggare som fattar beslut enligt SoL men inte hos LSS handläggare. För utskrivningssamordnare saknas kunskapen helt. Cheferna instämmer i samtliga yrkesgruppers upplevelser och bedömer att kompetensnivån bör vara fördjupad för samtliga yrkesgrupper.

Kunskaper i IBIC⁶

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

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

Dokumentationskunskap (skriva journalanteckningar i utförandedelen)

Undersköterskorna tycker att kunskapen finns till viss del, det finns individuella skillnader och förutsättningarna finns inte alltid med tanke på den tidsbrist som förekommer inom

⁶ Individens behov i centrum

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

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

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

Kunskaper i samtalsmetodik

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

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

Samtliga yrkesgrupperna inom Myndighetsavdelningen anser att de har kunskaper i samtalsmetodik, genom MI. Cheferna instämmer och uppger att det finns forum på avdelningen och funktioner som är ambassadörer som driver arbetet med utveckling av

⁷ Motiverande intervju

metoden. Cheferna bedömer att kompetensnivån bör vara fördjupad för alla yrkesgrupper.

Kunskaper om Folkhälsans fyra grundpelare kopplat till hälsofrämjande och förebyggande insatser⁸

Kunskaper om Folkhälsans fyra grundpelare är en utgångspunkt för arbetet och finns som en naturlig del hos samtliga yrkesgrupper inom vård och omsorg, men att det hälsofrämjande arbetet behöver tydliggöras. Undersköterskorna tycker att de har en grundläggande kunskap och sjuksköterskorna att de har en god kunskap. Arbetsterapeuter och seniorlotsar upplever att de har en fördjupad kunskap främst utifrån att grundpelarna kopplar an till arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser. Fysioterapeuten upplever att kunskapen är god och att perspektivet alltid finns med som en naturlig del i samtal med individen. Cheferna instämmer med yrkesgruppernas bedömning och att kompetensnivån framåt bör vara god hos undersköterskor, fördjupad för sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och seniorlotsar.

Enligt boendestödjare finns kunskaper på grundläggande nivå, medan personliga assistenter, pedagoger och PUT anser att de har goda kunskaper.

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

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

Kunskaper i teambaserat arbetssätt, tvärprofessionellt samarbete och reflektion

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

Boendestödjare säger att kunskapen om teambaserat arbetssätt finns och att det fungerar inom enheten men inte tvärprofessionellt. De personliga assistenterna och PUT tycker att de saknar kunskap, medan pedagogerna bedömer att de har viss kunskap, främst via nätverk med olika professionella. Cheferna instämmer med yrkesgruppernas bedömning och lyfter att det främst inom hälso- och sjukvårdsenheten är svårt att få till det

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

tvärprofessionella teamsamarbetet. Eftersom det tvärprofessionella samarbetet inte fungerar fullt ut saknas även kunskaper i att reflektera tvärprofessionellt med andra professioner. Chefernas bedömning är att kompetensnivån bör vara god för samtliga yrkesgrupper.

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

Kunskaper i informations- & kompetensöverföring kopplat till individen

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

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

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

Digital kompetens

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

Inom Myndighetsavdelningen är den digitala kompetensen främst knuten till hantering av olika systemstöd. De menar att kunskapen är god hos samtliga men att det saknas förutsättningar eftersom flertalet systemstöd inte kommunicerar med varandra. Cheferna instämmer i detta och bedömer att kompetensnivån bör vara fördjupad.

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

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

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

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

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

Kompetenskartläggning chefer

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

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

Cheferna tycker överlag att förslaget är bra och att det täcker in kompetensbehovet för helheten. Inom området funktionshinder behöver chefer tillhandahålla stödjande rutiner, på en övergripande nivå som ser till helheten. Detta för att undvika att varje enhet tar fram sina egna rutiner. Inom Myndighetsavdelningen vill de att organisationskunskap läggs till eftersom de idag är väldigt uppdelade och det blir svårt för medborgaren att få en

⁹ Lagen om särskilt stöd och service

¹⁰ Socialtjänstlagen

¹¹ Hälso- och sjukvårdslagen

helhetsbild. De anser också att det behövs en tydlig plan för införandet, som alla chefer ska ha kunskap om för att kunna leda sin verksamhet. Även kompetens om det styrsystem som ska gälla behöver finnas hos cheferna.

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

Kunskap om och att vara bärare av strategin

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

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

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

Kunskap om Örebro kommuns modell för ett rehabiliterande arbetssätt

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

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

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

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

Cheferna inom Myndighetsavdelningen säger att de har god kunskap om målformulering och att sätta mål, men att kunskap om uppföljning av målen saknas hos cheferna.

Målformulering och IBIC hör ihop, där kunskap om att sätta mål är en utgångspunkt för IBIC. Cheferna bedömer att kompetensnivån bör vara fördjupad.

Kunskap om förändringsledning

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

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

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

Kunskap i metod för coachande förhållningssätt – att motivera medarbetaren

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

Kunskaper i IBIC (Individens behov i centrum)

Cheferna inom vård och omsorg och funktionshindrade bedömer att denna kunskap saknas eftersom arbetssättet inte har påbörjats än ute i verksamheterna. En del känner till det men inte mer än så. De lyfter fram att de vill få mer insikt i det och göras delaktiga i processen. Bedömningen är att kompetensnivån hos chefer bör vara god.

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

Kunskaper i teambaserat arbetssätt, tvärfunktionellt samarbete & reflektion

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

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

Kunskap i att skapa en lärande organisation

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

Kunskaper i informations- & kompetensöverföring kopplat till individen

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

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

I denna del i workshopen fick cheferna utgå från ett förslag på olika egenskaper/beteenden och prioritera de viktigaste som de anser behövs för ett rehabiliterande arbetssätt. De egenskaper/beteenden som främst lyfts fram är; kulturskapare för rehabiliterande arbetssätt, det nära ledarskapet, coachande förhållningssätt, helhetssyn, tydlig/motiverande kommunikation, mod, facilitering och relationskoordinering. Det sistnämnda hade deltagarna svårt att förstå men efter sin förklaring lyftes det fram som viktigt just utifrån rehabiliterande arbetssätt. Övriga synpunkter är att självkännedom är en grundförutsättning för chefsuppdraget och att det nära ledarskapet är en förutsättning för en motiverande kommunikation. De lyfte också fram vikten av mod och ett tillitsfullt ledarskap i allt utvecklings- och förändringsarbete. Detta då förändringar är tufft för många, där chefer behöver våga stå fast vid beslut, kunna få med sig medarbetare.

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

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

kan skapa egna nätverk som en del i ett utvidgat rehabiliterande arbetssätt.

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

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

Kompetensgap

Med utgångspunkt från kartläggningen är en analys gjord, som identifierar och analyserar skillnader mellan fastställt kompetensbehov och befintlig kompetens, dvs kompetensgapet. Gapanalysen är endast gjord på övergripande organisatorisk nivå och är inte fullständig främst utifrån att den baseras på upplevelser som endast ett fåtal representanter från de berörda yrkesgrupperna bidragit med. Den visar i stora penseldrag vilka indikationer på kompetensgap som finns i organisationen kopplat till framtida kompetensnivå för de olika kompetensbehoven. Bedömningen är gjord av projektgruppen utifrån sammantagen analys av kompetenskartläggningen; kompetens i balans (kompetensläge bedöms vara i paritet med behov av kompetensnivå framåt) kompetens i obalans (kompetensläge bedöms skilja sig åt, det brister i delar och i paritet med behov av kompetensnivå framåt). Detta speglar inte verkligheten fullt ut, mer fördjupade analyser behöver göras inom respektive verksamhet för att på individnivå se till kompetensläget utifrån behoven.

Kompetensgap yrkesgrupper

Kunskaper om vardagsrehabilitering och rehabiliterande arbetssätt	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Arbetsterapeuter, fysioterapeuter,	Undersköterskor, sjuksköterskor, seniorlotsar, boendestödjare, personliga assistenter, pedagoger, PUT, yrkesgrupper Myndighet
Kunskaper om målformulering	
<i>Kunskaper i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Arbetsterapeuter, fysioterapeuter, seniorlotsar, pedagoger, PUT	Undersköterskor, sjuksköterskor, boendestödjare, personliga assistenter, yrkesgrupper Myndighet
Kunskaper i IBIC	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga yrkesgrupper

Dokumentationskunskap	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Seniorlotsar	Undersköterskor, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, fysioterapeuter, boendestödjare, personliga assistenter, pedagoger, PUT, yrkesgrupper Myndighet
Kunskaper i samtalsmetodik	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Pedagoger Yrkesgrupper Myndighet	Undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, seniorlotsar, boendestödjare, personliga assistenter, PUT
Kunskaper om folkhälsans 4 grundpelare	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Arbetsterapeuter, seniorlotsar, boendestödjare, personliga assistenter, pedagoger, PUT	Undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter, yrkesgrupper Myndighet
Kunskaper teambaserat arbetssätt, tvärprofessionellt samarbete och reflektion	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Arbetsterapeuter, fysioterapeut, sjuksköterskor	Undersköterskor, boendestödjare, personliga assistenter, PUT, pedagoger, yrkesgrupper Myndighet
Kunskaper i informations- & kompetensöverföring	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Arbetsterapeuter, pedagoger, PUT	Undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter, boendestödjare, personliga assistenter, yrkesgrupper Myndighet
Digital kompetens	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga yrkesgrupper

Kompetensgap chefer

Kunskap om strategin och värdegrunden	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer
Kunskap om Örebro kommuns modell för ett rehabiliterande arbetssätt	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>

	Samtliga chefer
Kunskaper om målformuleringar	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer
Kunskap om förändringsledning	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer
Kunskaper i metod för coachande förhållningssätt	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer
Kunskaper i IBIC	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer
Kunskaper i teambaserat arbetssätt, tvärfunktionellt samarbete, reflektion	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
Chefer vård och omsorg	Chefer myndighet Chefer funktionshindrade
Kunskaper i att skapa en lärande organisation	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer
Kunskaper i informations- och kompetensöverföring	
<i>Kompetens i balans</i>	<i>Kompetens i obalans</i>
	Samtliga chefer

Djupintervjuer yrkesgrupper

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

Förändrade förutsättningar och bristande arbetsmiljö

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

sätt sina egna sjuktal. Tidspress och brist på personal ökar belastning och ansvar, det minskar handlingsutrymmet och ökar känslan av maktlöshet.

Teman för kompetensutveckling enligt de intervjuade

Rehabilitering och dess innebörd

Ett grundtema, som alla berört, är att få kunskap om begreppet rehabiliterande arbetssätt, som är betydligt mer än enbart begreppet rehabilitering. Utmaningen denna gång är att ett rehabiliterande arbetssätt riktas till alla verksamheter inom Myndighetsavdelningen, funktionshindrade och vård och omsorg. Tidigare har det varit till en begränsad grupp. Det handlar bland annat om att förstå betydelsen av vad olika förhållningssätt ger för effekter men också om betydelsen av att få syn på den specifika kultur som kan ha utvecklats i en personalgrupp: *"Om man gör för mycket för en person så kanske man inte stärker hans förmågor"* säger en av de intervjuade inom vård och omsorg. En av de intervjuade inom funktionshindrade säger: *"Den största utmaningen är personalens värderingar och den kultur de är präglade av. Personalens värderingar sätter en stor prägel på brukarens liv och levnadsvanor...vilken mat de äter, vad de gör eller inte gör om fem år, vilken sysselsättning de vill ha, var de vill bo"*.

Att formulera mål, följa upp och utvärdera

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

Samtalsmetodik

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

Teamsamarbete

Teamsamarbete är en av de viktigaste delarna i ett rehabiliterande arbetssätt, *"teamets sammantagna kompetens är nyckeln i arbetet"* säger en av de intervjuade inom vård och omsorg. Inom funktionshindrade menar de att teamet är en förutsättning för att fullt ut arbeta hälsofrämjande, att stödja varandra att tänka *"utanför boxen"*. Samtidigt är teamsamarbetet något de olika verksamheterna vill erövra och egentligen måste erövra om de fullt ut ska kunna ha ett rehabiliterande arbetssätt. De åtta intervjuade har alla erfarenhet av att arbeta i team, men inom verksamheterna finns också flera nyanställda,

nyutbildade som inte har denna erfarenhet. Kunskap om samverkan och samarbete behövs – vad förväntas av mig? Hur mycket ska jag bidra? Vad innebär att lyssna på den andre? Samtidigt nämner man svårigheter med obalans i antalet tjänster mellan sjukvårdande och rehabiliterande personal men också att ”stuprörstänkandet” sätter käppar i hjulet för teamsamarbete.

Hälsofrämjande och egenmakt

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

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

Sammanfattande analys

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

Stora variationer

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

Yrkesgrupper och formell utbildning

Delprojektet har fokuserat på ett urval av yrkesgrupper och en översyn behöver göras för samtliga yrkesgrupper som berörs. Vår genomgång av de formella utbildningarna visar på att den teoretiska sakkunskapen inom rehabilitering och det hälsofrämjande perspektivet ingår som en del i grundutbildningar. Det teambaserade arbetssättet och samverkan med

andra professioner ingår endast i utbildningen till arbetsterapeut och sjuksköterska. Det är viktigt att beakta och bör lyftas vidare till de lärosäten som tillhandahåller utbildning. Även handledningen i samband med praktik och introduktion av nyanställda är viktigt för att i tidigt skede kunna anamma kunskaper och få pröva på arbetssättet.

Kompetensanalysen

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

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

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

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

Kompetenskartläggningen för chefer och analysen av kompetensgapet visar att det råder obalans i flertalet av kompetensbehoven. Att kunskaper om strategin och modellen för rehabiliterande arbetssätt brister kan bero på att strategin är ny och inte förankrad i alla led. Den s.k. modellen är under framtagande och kommer fortsätta utvecklas. För att som

chef kunna leda implementeringen av ett rehabiliterande arbetssätt, vara bärare av den, förutsätts goda kunskaper om såväl strategin som modellen. Kunskaper om målformuleringar finns till stora delar men de brister som lyfts fram handlar om förutsättningar utifrån tid, avsaknad av kunskap om och systematik för arbete med måluppföljning och utvärdering.

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

Kompetensplanering och kompetensutveckling

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

Metodik för lärande

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

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

Under ett paraply finns en mängd metoder att utgå ifrån, s.k. Learning studies, reflekterande samtal, rollspel och kollegial handledning. I den senare metoden kan erfarna

¹² Som beslutat införa ett rehabiliterande arbetssätt

personer inom sina professioner få särskild utbildning och sedan handleda medarbetare när dels nya arbetssätt testas, dels när medarbetare möter verkliga problematiska situationer i sin praktik. Projektgruppen vill här också framhålla att vid s.k. storföreläsningar bör dialogen alltid ha en självklar plats för att kompetensutvecklingsinsatsen ska vara effektiv. Således bör föreläsaren inte ha långa föreläsningsspass och deltagarna bör helst sitta vid runda bord för att under föreläsningens gång diskutera det som sägs och därmed kunna relatera nyförvärvad kunskap till egen verklighet.

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

Genomförande och förslag i det fortsatta arbetet

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

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

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

Bilaga 1

FÖRVALTNINGEN FÖR FUNKTIONSHINDRADE

Yrkesgrupper	Tillsvidare	Visstid	Totalt
Administrativ assistent	10	2	12
Administrativ samordnare	4	0	4
Administratör	9	2	11
Arbetskonsulent	3	1	4
Arbetsterapeut	9	3	12
Avdelningschef	8	0	8
Boendepedagog	34	1	35
Boendestödjare	947	69	1016
Boendestödjare tvåspråk	21	2	23
Daglig Vht Pedagog	8	0	8
Distriktsköterska	3	0	3
Enhetschef	35	1	36
Enhetschef bi	21	0	21
Fritidsassistent	17	8	25
Fritidspedagog	3	0	3
Förvaltningschef	1	0	1
Gruppledare	0	1	1
Handledare daglig vht	124	8	132
Instruktör	11	0	11
Kurator Socialpsykiatri	10	1	11
Personalhandledare	5	1	6
Personlig assistent	60	1	61
Planerare	2	0	2
Processledare	1	0	1
Sjuksköterska	18	1	19
Sjuksköterska specialist	2	0	2
Socialt ansv samordnare	1	0	1
Specialpedagog	1	0	1
Strateg	1	0	1
Stödbitråde	10	32	42
Undersköterska	4	0	4
Utvecklingschef	1	0	1
Vaktmästare närservice	4	0	4
Verksamhetschef	2	0	2
	1390	134	1524

* Inom gruppen boendestödjare finns utbildade medarbetare. Anställda som är utbildade och arbetar som Boendestödjare och anställdes from 1 maj 2017 är numera anställda som Stödbiträden. Av de tillsvidareanställda boendestödjarna saknar ca 140 adekvat utbildning.

VÅRD OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Yrkesgrupper	Tillsvidare	Visstid	Totalt
Administrativ assistent	15	4	19
Administrativ samordnare	10	3	13
Administratör	13	1	14
Aktivitetsvärd	15	0	15
Anhörigkonsulent	4	0	4
Anhörigsamordnare	2	0	2
Arbets terapeut	88	14	102
Arkivassistent	1	0	1
Avdelningschef	7	0	7
Dietist	1	0	1
Distriktsköterska	24	0	24
Driftledare	8	15	23
Driftplanerare	9	3	12
Enhetschef	63	1	64
Frivilligsamordnare	4	0	4
Förvaltningschef	1	0	1
Handläggare	1	0	1
Hjälpmedelkonsulent	2	0	2
Kock	2	0	2
Lokalvårdare	2	0	2
Personligt ombud	4	1	5
Programdirektör	1	0	1
Seniorlots	8	2	10
Sjuksköterska	142	6	148
Sjuksköterska geriatrik	4	0	4
Skötare	1	0	1
Socialt ansvarig samordnare	1	0	1
Syn/hörselinstruktör	2	1	3
Undersköterska	1572	70	1642
Undersköterska demens	3	0	3
Vaktmästare	1	1	2
Verksamhetschef	2	0	2
Verksamhetsstödjare	5	1	6
Vårdbiträde*	135	99	234
	2153	222	2375

* Utbildade undersköterskor

MYNDIGHETSAVDELNINGEN

Yrkesgrupper	Tillsvidare	Visstid	Totalt
Administrativ assistent	2	1	3
Administratör	0	1	1
Ekonomiadministratör	8	0	8
Ekonomiassistent	1	1	2
Enhetschef	5	0	5
Planerare	10	0	10
Verksamhetschef	1	0	1
Administrativ samordnare	2	0	2
Biståndshandläggare	3	0	3
Gruppledare	1	0	1
Handläggare LSS	15	0	15
Planerare	4	0	4
Arbets terapeut	1	0	1
Arbets terapeut MAR	2	0	2
Boendesamordnare	2	0	2
Gruppledare	1	0	1
Handläggare	4	0	4
Planerare	3	0	3
Projektledare	0	2	2
Sjuksköt MAS	2	1	3
Sjuksköterska specialist	2	0	2
Utskrivningssamordnare	7	0	7
Biståndshandläggare	37	1	38
Gruppledare	3	0	3
	116	7	123

Bilaga 2

Kompetensbehov yrkesgrupper

Formellt kompetensbehov (VAD – kunskaper)

Kunskaper om vardagsrehabilitering & rehabiliterande arbetssätt

Kunskaper om målformulering, att sätta mål, att omsätta i praktiken, att utvärdera/följa upp

Kunskaper i IBIC (Individens behov i centrum)

Kunskaper i samtalsmetodik

Kunskaper om Folkhälsans 4 grundpelare kopplat till hälsofrämjande och förebyggande insatser (salutogent tänkande)

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

Kunskaper i teambaserat arbetssätt, tvärfunktionell samarbete och tvärfunktionell reflektion

Kunskaper i informations- & kompetensöverföring kopplat till individen

Kunskaper i Treserva (Dokumentationssystem)

Dokumentationskunskap (skriva journalanteckningar i utförandedelen, kopplat till olika planer, SIP)

Digital kompetens

Informellt kompetensbehov (HUR – beteenden/personliga förmågor)

Ansvarstagande, självständighet, självkännedom, mod, stödjande förhållningssätt, motiverande kommunikation, professionalism, förtroendeingivande, vara lyhörd för den enskildes sinnesstämning, tålmodig, empatisk förmåga, uppmärksamma tidiga tecken på förändringar, helhetssyn runt individen, fingertoppskänsla, samarbetsförmåga, service & bemötande, mål & resultatorienterad

Kompetensbehov chefer

Formellt kompetensbehov (VAD – kunskaper)

Kunskap om, och vara bärare av, strategin, värdegrund

Kunskap om Örebro kommuns modell för ett rehabiliterande arbetssätt

Kunskaper om målformulering, att sätta mål, att omsätta i praktiken, att utvärdera/följa upp

Kunskap om förändringsledning

Kunskap i coachande förhållningssätt – få medarbetaren hitta motivation

Kunskaper i IBIC (Individens behov i centrum)

Kunskaper i teambaserat arbetssätt, tvärfunktionell samarbete & reflektion

Kunskap i att skapa en lärande organisation

Kunskaper i informations- & kompetensöverföring kopplat till individen

Informellt kompetensbehov (HUR – beteenden/personliga förmågor)

Självkännedom, mod, tillit, helhetssyn, nära ledarskap – se, bekräfta, observera och korrigera, coachande, motiverande, facilitera och relationskoordinera, tydlig och motiverande kommunikation, tålmod, kulturskapare för RA där alla yrkesgruppers kompetenser är viktiga

Bilaga 3

Definiering av kompetensbehov

Formella kompetensbehov yrkesgrupper

Vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering innebär att man i vård- och omsorgsarbetet tillvaratar personens egna resurser och möjligheter till att vara aktiv i vardagen och ingår som en del i de dagliga vård- och omsorgsinsatserna. Vardagsrehabilitering innebär att personal behöver ha kunskap om innebörden av ett rehabiliterande arbetssätt och uppmuntra personens eget handlande. Det innebär att arbeta proaktivt för att främja självständighet. Det handlar om att stödja snarare än att hjälpa.

Rehabiliterande arbetssätt

Ett rehabiliterande arbetssätt innebär att alla yrkeskategorier sluter upp med insatser vid rätt tidpunkt i en aktiv samverkan för att ge den enskilde möjligheten att dirigera sin egen rehabilitering utifrån egna mål och resurser i en ständig process. Den enskilde ska hitta tillbaka till det som är viktigt i livet, att klara vardagen och ges möjligheter till aktivitet och delaktighet i samhällslivet. Det RA ska bygga på är ett partnerskap där den enskilde och de professionella tillsammans kan genomföra en förändring som bidrar till att individen får leva det liv som hen önskar. Individen ska ha makt över sin egen situation och forma sitt eget liv.

Målformulering, att sätta mål, att omsätta i praktiken, att följa upp

Varje människa ska kunna använda sina resurser så länge som möjligt. Utifrån individens delaktighet och önskemål formuleras mål. Med utgångspunkt i målet genomförs stödinsatser för att omsätta målet i aktiviteter där olika yrkesgrupper, andra vårdgivare, anhöriga och civila samhället bidrar. Uppföljningen av mål och genomförande ska ske regelbundet.

IBIC (Individens behov i centrum)

Är ett arbetssätt som utgår från individens behov, resurser, mål och resultat. Det är ett arbetssätt där handläggaren och legitimerad personal formulerar mål utifrån individens behov. IBIC fokuserar på flera mål och är ett annat arbetssätt mot hur vi jobbar idag. Idag formuleras övergripande mål som är kopplade till insats och tid. Målet med IBIC är att utifrån varje individs behov bryta ner mål som ska vara begripliga, hanterbara där individen är hela tiden delaktig. Den som utför och planerar ska koppla utförandet och planeringen till mål som har satts upp tillsammans med individen av både handläggare och legitimerad personal. Målen ska formuleras i en genomförandeplan tillsammans med utförare och individen.

Treserva (Dokumentationssystem)

Kunskaper som behövs för att kunna hantera dokumentationssystemet.

Dokumentationskunskap (skriva anteckningar)

Kunskaper i att skriva tydliga anteckningar kopplat till olika planer, som möjliggör uppföljning av uppsatta mål och genomförda aktiviteter.

Samtalsmetodik

Kunskaper om metod & förhållningssätt för att genomföra olika typer av samtal, motiverande samtal med individen och professionella samtal med olika yrkesprofessioner för att få till teamsamarbetet.

Informations- & kompetensöverföring kopplat till individen

Att med utgångspunkt från individens mål och genomförande av insatser, kunna informera och överföra kompetens av betydelse till andra yrkesprofessioner, anhöriga som finns runt individen och som bidrar till att uppnå individens mål. Kunskap och metoder om att ta tillvara olika erfarenheter.

Folkhälsans 4 grundpelare kopplat till hälsofrämjande och förebyggande insatser (salutogent tänkande) Goda matvanor, meningsfulla aktiviteter, social samvaro & fysisk aktivitet.

Kunskaper om Folkhälsans 4 grundpelare är grunden för ett aktivt och hälsosamt liv och åldrande. Dessa grundpelare behöver genomsyra alla omvårdnads- och arbetsinsatser som görs kopplat till individens mål. Varje yrkesprofession behöver förstå sin del i sammanhanget/helheten runt det arbete som görs kopplat till individens mål. Det måste vara begripligt, hanterbart för att skapa meningsfullhet hos var och en i sin grundprofession. Alla ska vara likvärdiga aktörer.

Teambaserat arbetssätt, tvärfunktionellt samarbete och reflektion

Teamarbete mellan olika professioner är en viktig förutsättning för ett rehabiliterande arbetssätt. Varje yrkesprofession behöver förstå innebörden av att arbeta i team, där olika kompetenser tillförs teamet, med utgångspunkt i individens mål. Alla behöver ha insikt i andra yrkesprofessioners uppdrag, förståelse för sin roll i teamet, bidra med sin kompetens & erfarenhet för att kunna samarbeta tvärfunktionellt. Arbetssättet ställer krav på anpassningsförmåga och samarbete mellan professioner/verksamheter. Att tillsammans i teamet, kunna reflektera och dra slutsatser runt förändringar & resultat som uppnås kopplat till individens mål.

Formella kompetensbehov för chefer**Kunskap om, och vara bärare av, strategin, värdegrund för rehabiliterande arbetssätt**

Ett rehabiliterande arbetssätt innebär att alla yrkeskategorier sluter upp med insatser vid rätt tidpunkt i en aktiv samverkan för att ge den enskilde möjligheten att dirigera sin egen rehabilitering utifrån egna mål och resurser i en ständig process. Den enskilde ska hitta tillbaka till det som är viktigt i livet, att klara vardagen och ges möjligheter till aktivitet och delaktighet i samhällslivet. Det RA ska bygga på är ett partnerskap där den enskilde och de professionella tillsammans kan genomföra en förändring som bidrar till att individen får leva det liv som hen önskar. Individen ska ha makt över sin egen situation och forma sitt eget liv.

Örebro kommuns modell för ett rehabiliterande arbetssätt

Kunskap om modellen och dess ingående grundelement, förstå hela rehabiliteringspyramiden, kunskap om hälsofrämjande och förebyggande rehabilitering, vardagsrehabilitering och specifik rehabilitering

Målformulering, att sätta mål, att omsätta i praktiken, att följa upp

Varje människa ska kunna använda sina resurser så länge som möjligt. Utifrån individens delaktighet och önskemål formuleras mål. Med utgångspunkt i målet genomförs stödinsatser för att omsätta målet i aktiviteter där olika yrkesgrupper, andra vårdgivare, anhöriga och civila samhället bidrar. Uppföljningen av mål och genomförande ska ske regelbundet.

Förändringsledning

Förändringsarbete är något som pågår ständigt, i såväl mindre som i större omfattning, och sker i syfte att utveckla verksamheten, förändra arbetssätt och strategier för att uppnå nya mål. Förändringsledning är ett strukturerat tillvägagångssätt för att leda individer, grupper och organisationer från ett nuläge till ett önskat framtida läge. Det fokuserar på att åstadkomma positiva beteendeförändringar hos människor genom att få dem att själva vilja förändra sitt beteende. Det är oftast chefen, som ansvarig för verksamheten, som intar rollen som förändringsledare.

Coachande förhållningssätt – få medarbetaren hitta motivation

Ett coachande förhållningssätt innebär att du intar rollen som aktivt lyssnande och ställer öppna frågor. Frågor som hjälper andra att komma fram till sina egna lösningar på en frågeställning eller utmaning. Det handlar om att lita till andras potential och förmåga, att ha nyfikenhet och viljan att ge förutsättningar för andra att lyckas och utvecklas.

IBIC (Individens behov i centrum)

Är ett arbetssätt som utgår från individens behov, resurser, mål och resultat. Det är ett arbetssätt där handläggaren och legitimerad personal formulerar mål utifrån individens behov. IBIC fokuserar på flera mål och är ett annat arbetssätt mot hur vi jobbar idag. Idag formuleras övergripande mål som är kopplade till insats och tid. Målet med IBIC är att utifrån varje individs behov bryta ner mål som ska vara begripliga, hanterbara där individen är hela tiden delaktig. Den som utför och planerar ska koppla utförandet och planeringen till mål som har satts upp tillsammans med individen av både handläggare och legitimerad personal. Målen ska formuleras i en genomförandeplan tillsammans med utförare och individen.

Teambaserat arbetssätt, tvärfunktionell samarbete & reflektion

Teamarbete mellan olika professioner är en viktig förutsättning för ett rehabiliterande arbetssätt. Varje yrkesprofession behöver förstå innebörden av att arbeta i team, där olika kompetenser tillförs teamet, med utgångspunkt i individens mål. Alla behöver ha insikt i andra yrkesprofessioners uppdrag, förståelse för sin roll i teamet, bidra med sin kompetens & erfarenhet för att kunna samarbeta tvärfunktionellt. Arbetssättet ställer krav på anpassningsförmåga och samarbete mellan professioner/verksamheter. Att tillsammans i teamet, kunna reflektera och dra slutsatser runt förändringar & resultat som uppnås kopplat till individens mål.

Kunskap i att skapa en lärande organisation

Skapa struktur och systematik för lärande i organisationen, förstå hur ett effektivt kollegialt strukturerat samarbete bidrar till lärande, att ta tillvara kunskaper och erfarenheter, i syfte att lösa uppgifter inom arbetet på ett bättre sätt. Kollegor behöver varandra i den lärande processen, behöver diskutera, pröva och diskutera igen.

Informations- & kompetensöverföring kopplat till individen

Att med utgångspunkt från individens mål och genomförande av insatser, kunna informera och överföra kompetens av betydelse till andra yrkesprofessioner, anhöriga som finns runt individen och som bidrar till att uppnå individens mål. Kunskap och metoder om att ta tillvara olika erfarenheter.

Bilaga 4

Agneta Nilsson

2018-06-15

rehabiliterande

Bilaga till slutrapport om kompetensbehov för ett

arbets sätt i Örebro kommun

Åtta intervjuer – om rehabiliterande arbetssätt och teman för kompetensutveckling

I intervjuer med några professionella speglas rehabiliterande arbetssätt – om teamsamarbetet som en dag försvann, om innehållet i en framtida kompetensutveckling där centrala teman som formulerandet av mål i genomförandeplaner, samtalsmetodik, teamsamarbete och hälsofrämjande arbete finns med. Utmaningen i den satsning som är på gång är att alla professionella behöver omfattas av ett gemensamt ”tänk” och därmed skapa en gemensam kultur om rehabiliterande arbetssätt.

I samtalet runt bordet, vid ett av arbetsgruppens möten, framkom med all tydlighet hur delar av ett rehabiliterande arbetssätt redan hade funnits men på grund av omorganisationer hade klingat bort. Vid en del enheter finns det fortfarande kvar som öar, medan det vid andra är borta.

Som en av deltagarna i arbetsgruppen beslöt jag mig för att borra lite vidare i några yrkesgruppers erfarenheter av rehabiliterande arbetssätt och deras synpunkter på innehåll i en kommande kompetensutveckling.

De intervjuade är:¹³

Inga Blomstrand, MAR, ansvarig för rehabilitering/ arbetsterapeut, vård och omsorg

Åsa Erkers, arbetsterapeut (arbetar just nu med ett projekt kring fallprevention)

Jonathan Gustafsson, pedagogisk verksamhetsutvecklare, funktionshinder

Maria Jansson, fysioterapeut (har arbetat inom projektet fallprevention), landstinget

Sofia Karlsson, planerare (med förflutet som arbetsterapeut och seniorlots)

Jenny Nygård, avdelningschef, funktionshinder

Merethe Paulsen, sjuksköterska, hemsjukvården, väster, områdesansvarig

Anneli Söderberg, seniorlots, frivillig och hälsofrämjande enheten

Från långvård – till ”träning” i hemmet

Självklart finns i flera professionellas huvuden – hur ska rehabiliterande arbetssätt gestaltas den här gången? För Inga Blomstrand känns det som en fjärde gång men denna gång är det en större utmaning, menar hon.

”Utmaningen den här gången är att satsningen är över hela kommunen, då måste alla vara med på tåget. Tidigare har det riktat sig till dem som arbetat med rehabilitering. Det har varit en begränsad grupp.”

Men dagens rehabilitering skulle kunna bli betydligt bättre. ”Vi kan ta strokevården som exempel. Vid en stroke tas man om hand, det ordnas med allt och behandling sätts in de första veckorna. Men när man väl passerat det, när man inte kan göra några medicinska historier, åker man ut fort som juttun. Men en person som fått stroke kan ju ha förbättringar i många år och där är det dåligt idag. Det

¹³ De sex intervjuade har godkänt sina citat i texten.

är rätt så komplicerat och svårt. När man kommer till vårdcentralen tar man blodtrycket men det är inte särskilt mycket aktiviteter, man lägger inga planer. Och där finns idag en stor brist.”

Inga Blomstrand tog sin examen som arbetsterapeut 1974, hon har varit i yrket 44 år och har erfarenhet av alla olika verksamheter. Från arbete i slutenvård, på rehab klinik med högspecialiserade team och rehabiliteringsläkare till att all träning skedde i hemmen.

Arbetsterapi och sjukgymnastik kom att byggas ut på alla möjliga avdelningar. *”Inom långvården kunde patienterna komma hem igen efter att de fått träning och blivit pigga.”*

Utvecklingen ledde till att allt fler började arbeta i öppenvård och i mitten av 1980-talet bestämde man sig för att bygga ut vårdcentralerna i hela länet. Man kunde till exempel välja nivåer hur mycket rehab man ville ha på vårdcentralernas hemsjukvård. *”Man la inte lägsta nivå utan medel, man anställde genom Ädelreformen 35 nya arbetsterapeuter i länet i hemsjukvården. De åkte hem till folk och tränade dem hemma och då blev de inte så vårdberoende. Det hade vi inte gjort förut, det var ju roligt, intressant och spännande. En sådan tjänst fick jag i Lekeberg.”*

Genom Ädelreformen 1992 flyttades långtidsvården till kommunal regi och även arbetsterapeuterna blev kommunalt anställda. Sjukgymnasterna blev kvar i landstinget men de skulle serva hela det primärkommunala området. *”Den gränsdragningen försöker vi idag förändra”*. Statsmakterna ville också satsa på rehab med korttidsvård men Inga menar att TIDEN fanns då, vilket den inte gör idag. Hon tar exempel från när hon arbetade i Skebäck.

”På Skebäck tillkom en rehab enhet, där vi tog emot folk från slutenvården som skulle tränas för att kunna gå hem igen. Det lyckades vi bra med – men tiden fanns då mycket mera. Till exempel från att en kvinna inte kunde äta själv så kunde hon sedan göra alltmer... när hon skulle skrivas ut så kunde hon städa sitt rum själv. Hon var åtta månader på Skebäck. Idag ska samma process ske på fjorton dagar och det går ju inte.”

Inga Blomstrand har, sedan hon blev anställd som MAR, kunnat lyfta frågor centralt och hon menar att personal idag kan säga att *”rehabiliterande arbetssätt, det har man”*. Men det är en sanning med modifikation. *”På en del ställen är personalen jätteduktig, men på andra ställen finns inte tillstymmelse till rehabiliterande arbetssätt”*, säger hon. Det har gått upp och ned enligt Inga Blomstrand. Att träna folk i sitt eget hem, då behöver man mindre hemtjänst. *”Hade vi kunnat fortsätta på den vägen, då hade det idag kunnat se annorlunda ut inom rehabilitering”*, säger hon.

År 2009 och 2010 hände något vid en omorganisation i kommunen. Då skulle biståndet bli på ett annat sätt. Biståndshandläggarna skulle göra det fristående i sina beslut. Framför allt teamarbetet slogs sönder, vilket är en helt central del av rehabiliterande arbetssätt. *”Innan dess jobbade vi i team, vi jobbade tillsammans och vi kunde säga att nu behövs lite mer bistånd; vi språkade med varandra, men det ansågs inte rättssäkert, så då tog man bort biståndshandläggarna och satte dom centralt.”*

Teamen började efter 2009 alltmer slås sönder. Nu blev det omvårdnad för sig och hälso- och sjukvård för sig. Verksamheter delades upp i stuprör och det fördes in ett ekonomiskt tänkande som försvårade rehabilitering. Vården kunde nu antingen vara i kommunal- eller bolagsform. Ersättningsystemet uppmuntrade inte rehabilitering eftersom verksamheterna såväl i egen regi som bolagsform vill ha så hög ersättningsnivå som möjligt för mer sjukvårdande tjänster. Enligt Inga Blomstrand har det blivit *”alltmer av ett sjuktänkande än ett frisktänkande”*.

Kommande kompetensutveckling – några förslag på teman

Nedan tar de åtta intervjuade upp ett par av de problem de dagligen möter och ger sedan förslag på några teman för kompetensutveckling. Någon heltäckande analys av behov och kompetens görs inte utan texten ska snarare ses som en idé hur man i det kommande kompetensutvecklings-arbetet kan behöva bryta ned varje enskilt tema utifrån olika yrkesgruppers behov. Varje tema kräver sin särskilda pedagogik där teori och praktik vävs samman. Den primära pedagogiken för kompetensutveckling bör ta sikte på kollegialt lärande, där dialogen mellan olika professionella är i centrum.

Ett grundtema, som alla har berört, är att få basal kunskap om **begreppet rehabiliterande arbetssätt** – vad gör det för nytta för en patient eller en boende? Vilka krav ställer ett rehabiliterande arbetssätt på personalens förhållningssätt? Vad säger senaste forskningen och vilka erfarenheter finns i de nordiska länderna?

Fysioterapeuten Maria Jansson säger: *”Man måste veta vad det gör för nytta, vad skillnaden mellan olika förhållningssätt är; om man gör för mycket åt ’Elsa’ så tar man bort hennes förmågor. Det kanske man inte alltid tänker på...”*

Även Jonathan Gustafsson, som arbetar som pedagogisk verksamhetsutvecklare inom funktionshinder, menar att den kultur eller de förhållningssätt som skapats inom en verksamhet självfallet påverkar den boendes livsvillkor. *Den största utmaningen är personalens värderingar och den kultur de är präglade av. Personalens värderingar sätter en stor prägel på brukarens liv och levnadsvanor...vilken mat de äter, hur de tränar, ja, vad de gör eller inte gör om fem år, vilken sysselsättning de vill ha, var de vill bo...*

Begreppet rehabilitering skiljer sig från habilitering, det framhäver de två intervjuade inom området funktionshinder. Habilitering är det begrepp som används inom området funktionshinder. Rehabilitering är att återfå något som gått förlorat, säger Jonathan Gustafsson.

Inom vår förvaltning blir det problematiskt eftersom vi arbetar enligt LSS. Vi ska inte rehabilitera någonting, vi har inget sånt uppdrag. Enligt socialtjänstlagen däremot har man uppdrag att rehabilitera, man ska ut på arbetsmarknaden, ut ur försörjningsstöd. Inom habilitering handlar det om att så gott som möjligt, med de funktionshinder man kanske haft sedan födelsen, leva ett så fullgott liv som möjligt.

Jenny Nygårds, avdelningschef inom funktionshinder, framhåller också att begreppet rehabilitering är mer invecklat inom området funktionshinder där personalen hellre talar om habilitering. *Inom vård och omsorg arbetar man med att få tillbaka en förmåga, som man haft. Inom funktionshinder har ofta personen inte förmågan från början. Du kan inte rehabilitera någon om den inte har ben, men du kan habilitera personen, det vill säga att utveckla så långt det är möjligt.*

Begreppet rehabiliterande arbetssätt, med betoning på arbetssätt, behöver förtydligas, enligt Jenny Nygårds. *I begreppet rehabiliterande arbetssätt ingår så mycket mer, inte enbart rehabilitering eller habilitering utan även hälsofrämjande arbetssätt och förebyggande nsatser.*

Tema: Genomförandeplaner – formulera mål, följa upp och utvärdera

De intervjuade berättar om de problem som de ser med de individuella planerna eller genomförandeplanerna. ”En samordnad individuell plan kommer ursprungligen från rehabgrupperna”, säger Inga Blomstrand, ”där är teamarbete en nyckel.”

”I en samordnad individuell plan ska man hjälpa den enskilde att komma fram till vad denne har för mål, till exempel att jag faktiskt vill bli självständig på toaletten. Då måste hela teamet vara medvetet om detta mål, vad kan de olika professionella göra för att personen ska nå sitt mål... Här är inte minst arbetsterapeuten och sjukgymnasten viktiga för att motivera hela teamet. Hos vårdpersonal kan det finnas ett större motstånd av att det inte går...”

Även Sofia Karlsson ser idag problemet med hur genomförandeplaner utformas och följs upp. En genomförandeplan, menar hon, ska beskriva hur en beviljad insats praktiskt ska genomföras. ”Den enskildes unika levnadsberättelse är en utgångspunkt för vården och omsorgen”, säger hon. Anpassning måste alltid ske utifrån personens nuvarande behov, vanor och rutiner. De är ålagda att följa upp mål i dokumenterade genomförandeplaner, minst var tredje månad. Planeringen sker tillsammans med den enskilde och/eller dennes företrädare. Den enskildes individualitet ska synas i plan, genomförande och uppföljning samt i den löpande dokumentationen. Den enskilde har rätt att ta del av innehållet i den dokumentation som gäller henne eller honom. Men, menar Sofia Karlsson, det ställer också stora krav på att personalen gör rätt om vi ska kunna leva upp till ovanstående.

”Genomförandeplanen måste vara aktuell. Många genomförandeplaner är inte aktuella, de är äldre än tre månader. En hel del personer saknar helt en genomförandeplan, det finns ingen upprättad överhuvudtaget. Genomförandeplanerna ställer krav på att de utförs på rätt sätt. Där ser vi idag stora brister. Det brister i basala och grundläggande kunskaper hur man upprättar en genomförandeplan så att det möter individens behov. Den planen följer individen från ett beslut till dess att personen inte längre behöver ett beslut. Det handlar om individens rätt att vara delaktig i sin vård och omsorg.”

Sofia Karlsson tror att bristerna bottnar i att man egentligen inte förstår syftet med planen, då har man heller inte motivationen att göra det på ett bra sätt. ”Det gäller att förstå varför man ska greppa helheten, varför man ska ha med olika delar och varför planen ska uppdateras minst var tredje månad för att vara aktuell, ja, t o m tätare vid behov. Vi ser ju att det inte efterlevs så bra.”

I dagens planer blir det mer av generella mål, menar Sofia Karlsson. Det är mål kring hälsa, att må bra, känna sig trygg istället för att fokus på den specifika individens mål. ”De generella målen är inte på samma sätt mätbara eller meningsfulla för individen.”

Även Maria Jansson, fysioterapeut, tar upp svårigheten att tillsammans med personen formulera mål. ”Patienten är inte alltid van vid att kunna formulera mål på det sättet och allt beror på vilken sjukdomsdiagnos personen har. I en del fall är det betydligt lättare, i andra fall svårare.” Det handlar bland annat om att personen inte heller vet vad den kan erhålla för insatser, helt enkelt vad den kan begära. I de flesta fall menar Maria Jansson att hon skulle vilja erbjuda betydligt mer av fysioterapi för att personen ska bli snabbare rehabiliterad. Det första hindret är att hon som fysioterapeut inte får kännedom om alla patienter där specifik träning skulle behöva sättas in. Och där saknar hon idag teamet.

”Det är stor omsättning i personalgrupperna och alla är inte är medvetna om att det skulle det vara bra med en sjukgymnast. Personalen är inte utbildad, det har tappats mycket i rehab tänkandet, något som underhölls förut. Idag har man inte koll på hur mycket kunskap personalen har. Tidigare när vi hade team varje vecka kunde vi alla fånga upp det på ett annat sätt. Vad kan var och en göra för att personen ska få uppnå det den vill – vad kan du göra, vad kan vi göra tillsammans?”

Uppföljning av planer är viktig i ett rehabiliterande tänkande och Maria Jansson tycker att det finns stora brister. Som fysioterapeut lägger hon in sina beslut om t ex specifik träning för en person (HSL insatser) i kommunens system Treserva, men uppföljningen av beslutet fungerar ofta inte.

”Personalen ska höra av sig om det är problem eller om man undrar över något. Detta sker aldrig, det är sådant jag upptäcker vid en uppföljning jag själv initierar. Då ser jag att den här övningen har de inte kört på hela tiden för personalen tyckte den var svår – men då undrar man ju varför har de inte sagt något om det? Vi har små resurser, man kan inte själv hela tiden ta initiativ; vi måste lita på att de hör av sig till oss, vilket vi är noga med att betona i beslutet.”

Maria Jansson lyfter fram att om alla idag skulle få rehabiliterande insatser på ett sätt som hon tycker vore önskvärt, då skulle hon inte hinna med eftersom de är för få fysioterapeuter. Det är idag totalt 5,5 tjänster i hela kommunen och deras insatser spänner över ett stort område i regionen.

När det gäller mål och individuella planer inom området funktionshinder anser Jenny Nygårds att arbetet med att formulera mål många gånger är svårt.

Det blir inte så tydligt med målen i biståndsbesluten därför jobbar vi med genomförandeplaner där vi får testa, utvärdera och fråga. Och vi kan inte alltid fråga hur...har man ingen förmåga att kommunicera är det observationsmodeller vi arbetar med, till exempel humörscheman där vi skriver ned varje kvart hur personens mående är för att sedan utvärdera om vi gjort rätt justering. Men sedan ha vi förstås personer i vår verksamhet som också kan uttrycka sina egna mål.

Inom funktionshinder arbetar vi idag inte tillräckligt systematiskt, anser Jonathan Gustafsson. Han jämför med sjukvården som han menar är bättre på struktur än förvaltningen inom funktionshinder. Han menar att denna brist är något som syns i alla led och att avsaknaden av tydliga mål visar sig i bristen på uppföljning, menar han.

Man följer inte upp ordentligt...Du kan inte följa upp för du vet inte vad du följer upp i och med att det inte finns tydliga mål. Det kan gå flera år innan insatser är dokumenterade. Många inom förvaltningen är jätteduktiga på att kommunicera med brukarna, men när det kommer till att sätta mål är den biten svår...Det kan bli bättre och i en brukarenkät kom fram att man inte förstår vad personalen säger eller pratar om.

Tema: Samtalsmetodik

Hur för man ett samtal där personalen ska stödja personen att formulera sitt mål med sin rehabilitering? Samtalet är ett verktyg när personalen utarbetar genomförandeplaner. Vad kännetecknar en god dialog? Hur kan man på bästa sätt få fram vad personen vill och önskar? Hur ställer man frågor? Vilka frågor ställs? Vem ska ställa frågorna? Hur får vi veta vem personen är, dess livsberättelse etc.

Åsa Erkers betonar hur viktigt det är att personen tidigt får stöd att formulera vad den vill, men att den kan behöva stöd för att kunna sätta ord på det.

”Man måste utgå från det som är frisksfaktorer för alla människor... Det handlar många gånger om att vara nyfiken på den person som man möter, man kan komma långt med att vara nyfiken. Man ska inte ta för givet vad det är för en person utan låta den visa och berätta i stället. Det handlar om att vänta in och vänta ut. Man måste ha tålmod med rehabilitering.”

I jämförelse med vård och omsorg finns i arbetet med funktionshinder helt andra förutsättningar. Det krävs mycket tid för att få fram vad en person vill och kan uttrycka, menar Jenny Nygårds. *Det krävs alternativ kommunikation med mycket bilder och detta kräver förarbete. Hur långt man kommer i samtalet beror på personalens förmåga att tolka servicemotagarens signaler, deras beteende och mående. Med vår målgrupp är det viktigt att man är lyhörd för det är så subtila signaler.*

Maria Jansson har erfårit hur olika det kan vara mellan personal när det gäller att ställa frågor utifrån ett samtalsformulär. Det är lätt att ett samtalsformulär blir tekniskt. Någon har talang att styra samtalet på ett sätt att personen verkligen får fram sina behov och sin vilja, medan en annan inte alls är van vid att föra sådana samtal utan sitter och läser innantill ur formuläret.

”Får man då inget svar går man till nästa fråga. När man inte känner sig trygg och säker blir det ingen flexibilitet i samtalet. Det är något man kan behöva träna på hela tiden.”

Åsa Erkers talar om att ha fingertoppskänsla kombinerad med en kompetens hur man för samtal. HUR säger vi och VAD säger vi, och i VILKET sammanhang?

”Att kunna läsa av en annan människa och veta precis när man ska ligga steget före och när man behöver backa, det kräver en fingertoppskänslighet. Det handlar om att bita motivationen hos en person och det krävs kompetens kring hur man ställer frågor som kan locka fram ett svar. Man kan ställa en fråga och svaret blir nej per automatik. Det är viktigt att skaffa sig en kunskap utifrån varje person man möter, vad är det för person? vad har personen för begränsningar och förutsättningar? Här behövs också kunskap om diagnoser så att man får en förståelse varför personen är på ett visst sätt.”

De flesta inom Örebro kommun verkar ha genomgått utbildningen ”Motiverande samtal”. Sofia Karlsson nämner i intervjun att det kan vara svårt att implementera denna på en hel personalgrupp, eftersom den ställer krav på ständig uppföljning. *”Man behöver jobba med metoden hela tiden för att hålla den igång. Det är faktiskt inte så många sådana samtal man lyckats med i sin karriär. Det krävs tålmod, veta när man ska backa, veta när man ska plocka upp... Det är knepigt... Det finns således mycket kunskap hos personalen redan nu – men det gäller att få till det!”*

Som seniorlots har Anneli Söderberg erfårit att alla som arbetar med hälsofrämjande insatser inte står på samma grund när det gäller samtalsmetodik. Det är en konst att hålla i ett samtal, menar hon, ett samtal som dessutom, när det är riktigt bra, kan påverka en annan människa att göra andra aktiva val i livet. *”När vi haft seniorträffar på våra träffpunkter i kommunen har en del av aktivitetsvärdarna varit samtalsledare och då kan man ibland se behovet av motiverande samtal även hos dem... Ett kvalificerat samtal kan förändra så mycket i en människas liv.”*

Hon skulle önska att fler fick gå utbildningen i motiverande samtal men hon understryker att det är ett kompetensområde som hela tiden bör underhållas. *”Man lägger av sig och ramlar tillbaka. Det räcker inte med en enda utbildningssatsning, det behöver fyllas på kontinuerligt. Men själva grunden har man ju med sig, att man inte kommer med pekpinna utan lägger tillbaka frågan hos individen.”*

Tema: Teamsamarbete

Teamets betydelse återkommer i intervjuerna. Men teamarbete – hur kan det se ut? Inga Blomstrand tar ett exempel från när hon arbetade på Skebäcks rehabiliteringsenhet. Som arbetsterapeut var hon den drivande i en verksamhet med tolv patienter och heltids-sjuksköterska, sedan 3-4 omvårdnadspersonal, sjukgymnast från landstinget och ett sjukgymnastbiträde.

”Tillsammans började vi med personen lägga mål. Vi hade ständig reflektion över patienter, idag började hon gå, idag gick hon si och så långt, ja, då måste vi ju fortsätta med det imorgon. Vi resonerade handgripligt; man kunde också få säga att detta vill eller kan jag inte göra på ett bra sätt så då kunde någon annan i teamet ta hand om det. Vi involverade hela tiden patienten, försökte hitta nya sätt, alla måste vara på... Det är reflektion. Det var inte så att vi varje fredag hade reflektion utan det var reflektion i vardagen. Och det är ju svårt när man springer i hemtjänsten.”

Inga Blomstrand lyfter fram att teamet får en framträdande roll när man ska upprätta en Samordnad Individuell Plan, kallad SIP. Planen ska förenkla samverkan mellan dels kommunens, dels landstingets insatser. Man kan säga att här möts socialtjänstlagens genomförandeplaner (inom SOL) och hälso- och sjukvårdens vårdplaner (inom HSL).¹⁴ En sådan plan ska göras senast inom tre veckor efter en persons sjukhusvistelse i Örebro.

”Syftet är att den enskilde ska få en sammanhållen plan på aktuella insatser från alla inblandade och att dessa kan följas upp i nästa sammanhållna plan. Från denna plan som är ”patientens” måste alla intressenter göra sina planer - läkare, sköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut. Det är viktigt att personen själv ska samtycka till att planen upprättas och personen själv måste vara delaktig och ha inflytande.”

Meningen är att planen ska tydliggöra vem som gör vad och underlätta för personen som behöver stöd, vård och/eller omsorg. *”Här är det också viktigt att det utses en kontaktperson, likaså vem som ska kalla till nästa planeringsmöte. Kontaktpersonen har en samordnande roll och blir också en person att vända sig till. Hela tanken bakom SIP är att försöka undvika att personen bollas runt.”*

Åsa Erkers talar också om teamets centrala roll i ett rehabiliterande arbetssätt. Hon har under ett år arbetat i ett projekt kring fallprevention där teamets sammantagna kompetens är nyckeln i arbetet. Det är således personal som är anställda dels i kommun, dels i landsting.

”I vår riskbedömning för att förhindra framtida fall är teamet viktigt – arbetsterapeut, sjuksköterska, fysioterapeut, läkare, omvårdnadspersonal. Varje yrkeskategori tittar på sin del och sedan samlas vi för att tillsammans gå igenom och analysera med personen. Sedan planerar vi åtgärder utifrån det. Först när man ser orsakerna kan vi få fram individuella riktade insatser för den personen, det kan handla dels om högt uppsatta mål, dels mål som ligger nära i tid. Teamet är jätteviktigt för det krävs många olika insatser.”

Sjuksköterskan Merethe Paulsen, som arbetat tillsammans med Åsa Erkers i fallpreventionsprojektet, berättar vilken betydelse teamet hade för att vidga hennes kunskaper om arbetsterapeutens arbete. Arbetet i teamet blev som en vidareutbildning i sig. *”Jag hade en helt annan syn på arbetsterapeutens arbete innan jag började arbeta i teamet. Det gav mig en helt ny kunskap som var ovärderlig. Alla delarna i teamet är så viktiga, de är totalt beroende av varandra. Vi kan inte längre hålla på i var sitt hörn. Teamet ger en helhetsyn.”*

¹⁴ Sedan 2010 står i Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen att alla som arbetar inom socialtjänsten och hälso- och sjukvård ska ta initiativ till en samordnad individuell plan, SIP.

Merethe Paulsen poängterar samtidigt att det är svårt att arbeta i team i den situation som råder idag inom Örebro kommun. Inom fallpreventionsprojektet var det ”den bästa av världar”. *”Tänk om vi hade haft denna resurs till alla patienter! Idag finns det varken tid eller möjlighet att utföra arbetet på det sättet.”*

Att teamarbete bör vara en del av innehållet i kommande kompetensutveckling lyfter Sofia Karlsson fram. *”Vi pratar ju mycket om att vi ska samverka idag, men jag tror att man behöver ha utbildning i hur man samverkar; vad är ett teamarbete, vad innebär det? Vad förväntas av mig? Hur mycket ska jag bidra.”* Precis som övriga intervjuade menar Sofia Karlsson att teamarbete tidigare har förekommit i högre utsträckning än det gör idag. *”Ja, sen gick man ifrån det och nu börjar man arbeta med det igen och då behöver man säkert identifiera vad man menar med samarbete och samverkan.”*

Även Åsa Erkers talar om att samverkan behöver ske på ett visst sätt för att det ska landa rätt:

”Det här att samverka med andra, det är inte så himla lätt. För att man ska nå så långt som möjligt måste man samverka på rätt sätt. Utan personens målsättning går det inte. Kunskap om samverkan och vad krävs för att ett team ska kunna nå ett mål, det tror jag saknas. Det är en viktig del för utan det kan man inte förstå vad man håller på med egentligen.”

En viktig del för att få ett rehabiliterande arbetssätt att fungera är fördelningen mellan sjukvårdande och rehabiliterande personal, menar Inga Blomstrand.

”Jag kommer ihåg en av arbetsterapeuterna i början av 2000-talet som sa till mig att detta är väl fel... ett vårdboende med över 100 patienter har elva sköterskor och en och en halv arbetsterapeut. Hur ska man klara en individuell behandling på varje person och stödja personalgrupperna med ett individuellt bemötande. Med en sådan obalans förstår man vad man satsar på, det är vård som gäller och inte rehab”.

Åsa Erkers kan också se att inom vård- och omsorgsboende haltar balansen mellan det som är vård och det som är rehab, vilket försvårar teamarbetet. Men det handlar också om hur vård och omsorg idag är organiserade inom kommunen. Kommunens ledning behöver skapa förutsättningar för att ett rehabiliterande arbetssätt ska kunna fungera, menar Åsa Erkers. Hon lyfter bland annat fram att det behövs tid för samverkan men också en organisation som underlättar teamsamarbete.

”När det är EN arbetsterapeut på ett boende med 80 personer blir det svårt att arbeta hälsofrämjande, det går inte. Sen tillkommer teamsamverkan, det kräver tid att träffas och samverka. Så tyvärr vill jag säga att det är dåliga förutsättningar idag för teamsamverkan. Resurserna är en del men också hur man är organiserad, där olika yrkesgrupper har sin egen organisation – hemvård, hemtjänst, primärvård med mera.”

Även Maria Jansson har tidigare nämnt om hur hon saknar det teamsamarbete som tidigare funnits. Teamet, menar hon, är nyckeln i ett rehabiliterande arbetssätt. De är där man stödjer varandra, tar upp småsaker som har betydelse i den rehabiliterande processen. *”Idag har man ingen koll på det, man är långt från varandra, teamträffar är för de flesta högst en gång i månaden. De var inte perfekt tidigare heller men om man jämför med dagens situation, så skulle man vara nöjd.”*

En försvårande faktor för fysioterapeuterna är att dessa tillhör landstinget, något hon menar är mycket ovanligt i andra delar av landet.

”När jag har varit på utbildningar med fysioterapeuter från andra delar i Sverige blir de helt förskräckta när de hör hur lite resurser det finns i Örebro och att vi inte hör till kommunens organisation. Svårigheten är ju bland annat att vi inte har samma journalsystem. När jag ska skriva in i journal om en patient måste jag lägga det i Treserva. Jag måste logga in på ett speciellt sätt, det gör det svårare, det tar mycket tid.”

Men hur är teamsamarbetet i verksamheterna med funktionshinder? Både Jenny Nygårds och Jonathan Gustafsson anser att teamsamarbete är ett framtida förbättringsområde. Jenny Nygårds menar att för att kunna arbeta med rehabiliterande arbetssätt behöver man få till ett teamsamarbete där man kan hjälpa varandra att tänka nytt.

Vi har mycket ensamarbete och små grupper. Våra medarbetare vill ha mer mötestid, vi behöver bli bättre på att koppla in rätt person utifrån behoven och att tänka utanför boxen; vi har mycket resurser inom vår box men saknar verktyg och metoder för att arbeta på ett mer strukturerat sätt och mer i team.

Samarbete sker idag, enligt Jonathan Gustafsson, mest inom en personalgrupp, till exempel kring ett boende. Däremot är det inte mycket samarbete mellan personalen som arbetar på ett boende och personalen i daglig verksamhet. *De har bristfällig kontakt med varandra. Det är samma brukare på de två ställena men om det händer något i den dagliga verksamheten så stannar det där. Det har heller aldrig varit så. Det finns inga forum eller mötesplatser för samverkan och jag är osäker om man kan se varandras journalanteckningar.*

Tema: Medvetenhet om friskfaktorer, hälsofrämjande och förebyggande arbete

Sofia Karlsson som tidigare arbetat tillsammans med seniorlotsarna i kommunen menar att alla som arbetar med ett rehabiliterande arbetssätt behöver ha kunskap om hälsans fyra hörnpelare: social gemenskap, goda matvanor, fysisk aktivitet, delaktighet och meningsfullhet. *”Framför allt kring det sista finns det idag en kunskapsbrist där det brister inte minst kring delaktighet och att insatserna måste bli meningsfulla för just den specifika individen.”*

När man är frisk...

Idag finns åtta seniorlotsar med olika professionell bakgrund – distriktssköterska, audionom, folkhälsoutvecklare mm. Seniorlotsarnas strävan är att nå ut till alla dem som ännu inte haft kontakt med vare sig hemtjänst eller hemsjukvård. Insatserna syftar till att äldre så långt som möjligt ska kunna bevara ett självständigt liv och få leva ett liv fullt ut, säger Sofia Karlsson. *”Seniorlotsarnas verksamhet genomförs av hälsans fyra hörnpelare oavsett om det är individuella samtal, gruppsamtal, föreläsningar eller festival.”*

I Örebro har man även anordnat Seniorfestival, som med åren vuxit och blivit ett stort evenemang under en hel vecka. Det är en vecka full av aktiviteter och som ska inspirera till ökad livskvalitet. Under veckan deltar föreningar och träningsanläggningar som har erbjudanden och ”prova på saker”. Här finns också föreläsningar. Allt avslutas på Conventum med 4000 besökare, där det är musik, aktiviteter, zumba, modevisningar och underhållning.

Men hur fungerar det idag? Hur många deltar? Anneli Söderberg arbetar sedan åtta år tillbaka som seniorlots och är utbildad distriktssköterska. Seniorlotsarna arbetar gentemot dem som har fyllt 75 år. De får via brev ett erbjudande om ett hälsosamtal och om personen tackar ja gör de ett hembesök. *”Då pratar vi om livsstil, hur man har det, om förändringar i livet, vi utgår alltid från hälsans fyra hörnpelare. Vi har en manual som vi går efter. Det styrs lite vad det är för person man träffar och hur ofta vi kommer att besöka personen.”*

Om man tackar ja till ett sådant hälsosamtal erbjuds man ett besök varje år, men det beror också på individens behov hur ofta vi har kontakt. Det finns dem vi träffar mycket oftare än så.

Svårigheten med uppdraget som seniorlots har varit att de äldre inte tackar ja i så stor utsträckning. Tidigare skickade de brev till alla dem som inte hade några insatser inom hemtjänst. De följde upp brevet genom att ringa upp var och en, vilket självfallet tog mycket tid, menar Anneli Söderberg. Men – de hade då 50-60 procent svarsfrekvens. Idag ringer man inte upp, allt bygger på att personen tar eget initiativ. De kan skicka in en blankett, anmäla sig via nätet eller höra av sig till Servicecenter för att boka ett hembesök.

Anneli Söderberg menar att de har fått byta strategi för att nå flera.

”Vi gjorde om brevet så vi formulerade det på ett annat sätt. Vi har beslutat oss för att gå in i ett område i kommunen, Oxhagen. Vi har tagit ett större åldersspann, 65-75 år och vi ska vi ringa upp samtliga. Detta är nytt för i år. Breven gick ut i mars 2018 så än har vi inte hunnit se om antalet hembesök ökat.”

I Örebro kommun finns s.k. ”Träffpunkter” på nitton olika ställen, en del är öppna varje dag, någon 1-2 dagar i veckan. De är mötesplatser som har olika program för seniorer, insprängt ibland på ett seniorboende eller i egen fristående lokal, säger Anneli Söderberg. *”Träffpunkterna erbjuder promenader, gymnastik, underhållning, högläsning, kaffestund mm. De som arbetar där är aktivitetsvärdar och det finns också volontärer. I arton av nitton träffpunkter är det anställda. På en träffpunkt är det enbart volontärer.*

När Anneli är på hembesök hos en person, som hon upplever är i stort behov av social samvaro, kan hon följa med personen till en av träffpunkterna och se till att personen kommer in i en social gemenskap. *”Det kan vara främmande för personen att gå dit ensam första gången... men det brukar alltid lösa sig fint. Vi har bra kontakt med aktivitetsvärdarna på träffpunkterna. Träffpunkterna är en mötesplats som är öppet för alla, även för de som inte bor på seniorboende”*

Men hur skulle de hälsofrämjande insatserna som görs av seniorlotsarna kunna utvecklas ytterligare? Anneli Söderberg ser behovet av att nå ut till primärvården, till de olika vårdcentralerna. *”Vårdcentralerna skulle kunna göra en hel del främjande insatser. Vi skulle kunna göra hembesök hos personer som besökt vårdcentralen och visa på olika möjligheter i Örebro kommun. Tyvärr finns inte den samverkan idag mellan regionen och kommunens verksamheter.”*

Men även hemtjänst och vård- och omsorgsboende borde vara viktiga, enligt Anneli Söderberg. *”Inom hemtjänst arbetar vi inte, inte heller på vård- och omsorgsboende. När vi gör våra hembesök kan de vara på ett seniorboende hos personer som inte får någon omvårdnadshjälp.”*

Samarbete, menar Anneli Söderberg blir ofta personbundet, det stannar lätt av när det kommer nya personer på olika tjänster. *”Men nu jobbar vi med en hälsoutvecklare som sitter under kommunstyrelseförvaltningen så vi hoppas det kan hända lite mera.”*

När frågan ställs om vad de ytterligare kan utveckla nämner Anneli den tidigare nämnda satsningen på att nå mer utsatta grupper genom att fokusera på enskilda stadsdelar och dra erfarenheter av detta. Hon lyfter också fram de nitton träffpunkterna som idag finns inom Örebro kommun. Utmaningen i dag för träffpunkterna är vilka aktiviteter man ska ha, vilka aktiviteter kan locka till att fler seniorer besöker träffpunkterna. *”Vi måste också utveckla samarbetet med civilsamhället och studieförbunden.”*

Utmaningen är att möta olika grupper med olika utbud av insatser. Som ett exempel tipsar Anneli Söderberg om en film som är gjord utifrån att 20 seniorer åkte på sommarkollo på Medevi Brunn. *"En lyckad och mycket uppskattad insats där flera volontärer deltog."*

När man är sjuk och är på ett boende...

Det finns en gräns uppsatt för insatser som skär mellan dem som inte har någon vård och omsorg och de som har. Hälsofrämjande insatser är dock lika viktiga för dem som redan är inom ett vård- och omsorgsboende, säger de intervjuade.

Merethe Paulsen, med erfarenheter från fallpreventionsteamet, menar att den hälsofrämjande insatsen inte enbart innebär att man ska undvika att ramla, att falla, utan teamet vill också främja det psykiska välbefinnandet.

"Det handlar om livskvalitet, att känna att man kan klara sig själv bättre, att inte vara rädd; att förbli självständig och inte vara beroende av andra. Man vill helt enkelt klara sig själv så långt det går. Därför måste man vara där tidigt, helst innan personen börjar komma in i en risk. Muskler måste underhållas, det är en färskvara, det är lätt att när man har ont sätter man sig ned. Det är lätt att man kommer in i en ond cirkel."

Men Merethe Paulsen menar också att det brister när det gäller att se helheten hos en person. Hon tar nutrition som ett exempel, där en person kan ha gått ned i vikt och där läkaren enbart sätter in lite mellanmål, lite näringsdrycker som man hoppas ska fungera istället för att se hela patienten. *"Istället behöver man undersöka hela patienten: hur smakar maten, hur är det med tänderna? Finns det läkemedelsbiverkningar som bidrar till undernäringen? Det finns så mycket som kan påverka."*

De intervjuade återkommer till de fyra hörnspelarna och de menar att hälsofrämjande insatser inte upphör för att man flyttar till ett boende. Men – på ett boende händer det ofta att man anordnar olika hälsofrämjande aktiviteter som kanske inte alls har någon relevans för individen. *"Meningsfullheten måste finnas med, är det inte meningsfullt för mig som individ spelar det ingen roll om man har femtio olika aktiviteter."*

Inga Blomstrand kommenterar också att personalen i olika gruppaktiviteter behöver skilja ut vad de olika individerna vill och önskar i form av hälsofrämjande insatser – annars kan det ha motsatt effekt. *"Många aktiviteter är idag inte individanpassade. Man kör alla till kyrkan oavsett religiositet eller ej. Man borde göra det gruppvis, om man i gruppen samlar dem som vill samma sak. Man kan inte ta för givet att alla vill samma sak..."*

Sofia Karlsson lyfter fram att det hälsofrämjande tänkandet är viktigt för att lyckas med resten i ett rehabiliterande arbetssätt. Hon menar att de kunskaper som finns kring främjande insatser även borde genomsyra boenden och hemvården. *"Odense har bra utbyggda hälsofrämjande insatser, jag tror på något vis att det är grunden. Ett salutogent tänkande behövs i allt man gör. Man kommer långt på det och därför borde alla få en utbildning om de fyra hörnspelarna."* Sofia Karlsson tar måltiderna på ett boende som ett exempel, där måltiderna är en stor del av dagen. *"Här är hela måltidssituationen viktigt, att det får ta mera tid och att det är en viktig del av omvårdnaden. Estetiken i rummet och runt matbordet är också viktig. Att se helheten."*

Åsa Erkers menar att de fyra hörnpelarna bör vara viktiga utgångspunkter hos all personal. Vad är det som gör att människor mår bra, vad är det som främjar hälsa? ”*En människa vill kunna bestämma över sitt liv, man vill vara aktiv på olika sätt, vara i ett socialt sammanhang, ha en bra livskvalitet – men det måste relateras till vad som passar just mig, personens egen vilja. Hela teamet runt personen behöver stå på samma kunskapsgrund.*”

Det Åsa Erkers säger stämmer till en viss del även på området funktionshinder. Det hälsofrämjande arbetet fungerar olika på individ- och på gruppnivå. Jonathan Gustafsson menar att det hälsofrämjande arbetet fungerar relativt skapligt på gruppnivå, som i frågor som rör mat, fysisk aktivitet, alkohol, tobak. *I ett boende kan man förändra matinköpen, föra in fysisk aktivitet i de gemensamma utrymmena som alla kan vara med på om de vill. Men det som saknas är individperspektivet, hur kan vi med den här personen arbeta hälsofrämjande? Då kommer också empowerment in, hur kan vi motivera personen att få mer inflytande över sitt eget liv...*

Hälsofrämjande insatser på gruppnivå, då har flera nytta av insatsen men det finns också en fara i det, menar Jonathan Gustafsson. *De blir inte enskilda individer med sina olika intressen, det blir gruppen mera som styr. Man kan också ställa frågan – vi har brukare som är uppvuxna på institution, vad har det gjort med personen, dess självbestämmande och egenmakt? De får i hög grad en förvärvad maktlöshet.*

Han påpekar också att levnadsvillkoren, som en del av det hälsofrämjande arbetet, borde framhåvas tydligare. *Levnadsvillkor diskuteras väldigt lite, till exempel om man trivs i sin bostad, om man trivs med sin sysselsättning, om man får sjukvård när man behöver. Vet man vilka rättigheter man har? Har man möjlighet att påverka sitt liv mer än det som rör matsedeln? De delarna behöver vi diskutera mera.*

På grund av tidspress händer det att man utelämnar information eftersom man vet att mycket inte går att verkställa, säger Jonathan Gustafsson. *Om man skulle fråga: 'skulle du vilja börja med en ny aktivitet, att spela squash en gång i veckan?' Om personen svarar ja, så kan personalen svara, tyvärr det går inte för vi har inte tid med det. Så ser verkligheten ut. Och brukarna själva vet inte vad de faktiskt har rätt till. De har en skrämmande liten insikt om sina rättigheter om man jämför med patienter inom sjukvården.*

Jenny Nygårds, som sitter på chefsnivå, tycker att det hälsofrämjande arbetet har strukturerats på ett bra sätt med hälsocoacher som fått särskild utbildning i hur de kan arbeta med serviceboenden. Hon pratar om de fyra hörnstenarna och hur viktiga insatserna är för att personen ska må bra. Hon påpekar också att en viktig skiljelinje mellan vård och omsorg och funktionshinder är att inom funktionshinder följer man ofta en person hela livet, där hälsofrämjande insatser följer i en lång livsprocess: *En 19-årig tjej, du följer henne hela livet, i kärleksrelationen, när hon gifter sig, när hon är mitt i livet...*

Tema: Arbetsmiljö och ledarskap

Ett stort arbetsmiljöproblem i Örebro kommun – i likhet med övriga landet - är bristande kontinuitet. Och bristande kontinuitet kan i sin tur bero på dålig arbetsmiljö.

Den bristande kontinuiteten talar Merethe Paulsen om som en svårighet att utveckla ett rehabiliterande arbetssätt. ”*Den största svårigheten är kontinuitet och personaltätheten. Det fungerar faktiskt inte idag, vi har väldigt mycket omvårdnadspersonal som är utbildade och sjukskrivna. De vill så väl men de kan inte yrket tyvärr. Många blir sjukskrivna, de få erfarna som vi har, de går på knäna. När någon blir sjukskriven tar de in ännu en vikarie. Det är svårt att bedriva rehabiliterande arbete med ett team, när teamet hela tiden byts ut med personer som inte har erfarenhet och som inte känner patienterna.*”

Men Merethe Paulsen ställer också frågan hur chefer och övrig personal tar hand om den som börjar arbeta inom omvårdnad. Vilket stöd och handledning får dessa? *”Jag tror vi måste satsa mer på kvalitet än kvantitet. Det är för mycket fokus på tid istället för att vara målrelaterat.”*

Arbetsmiljön påverkar i högsta grad människor, det har man sett inte minst inom området funktionshinder. Inom vissa enheter finns både hot mot och skador hos personalen där boende har blivit aggressiva., säger Jenny Nygårds. *Det krävs att man har tiden att känna nyansskiftningarna, det är inte alltid det är jättetydligt.* Men även på chefsnivån kan man ställa frågor kring arbetsmiljön. Stora sparbetning på personal samtidigt som särskilda medel ges till specifika projekt kan vara frustrerande.

Fysioterapeuten Maria Jansson talar också om den frustration hon många gånger känner inför sitt arbete. Många slutar men hon kan också se att det finns en större kontinuitet på landet där grupperna är mer stabila.

”Det är frustrerande att se att det skulle kunna bli så mycket bättre för en patient om förutsättningarna var annorlunda. Förut var jag ständigt arg för att det såg ut så här men för att klara av att jobba, måste man acceptera. Till slut gör man det, det går inte att vara arg hela tiden. Man slutar helt enkelt att kämpa, inrättar sig i ledet och gör så lite som möjligt för att kunna hinna med alla. Egentligen skulle jag ju vilja att de bara öste på mig ärenden, samtidigt är jag ju glad att de inte gör det, för då skulle jag arbeta ihjäl mig, det skulle jag inte orka.”

Sjukvården genererar sina egna sjukvårdstal, det skrev jag i en publikation om kvinnors hälsa för tjugio år sedan (Stockholms läns landsting 1998). Uppdraget från Stockholms läns landsting var då att analysera femton rapporter om kvinnors ohälsa och omvandla dessa till en analys om vad det är som håller kvinnor friska. I rapporterna synliggjordes kvinnors arbetsvillkor där bristande kontroll över sitt arbete, osynligt lågt värderat arbete, mycket krav och lite handlingsutrymme liksom nedskärningar bidrog till kvinnors ohälsa.

Arbetslivet i sig är för många kvinnor en källa till bättre hälsa men kvinnors arbete finns ofta i samhällssektorer som är utsatta för motstridiga värderingar och dubbla budskap. Vård och omsorg är något alla vill ha, arbetsuppgifterna är viktiga, men låga löner, ringa inflytande och nedskärningar förstärker intrycket av att samhället nedvärderar uppgifterna. Tidspress och brist på personal ökar belastning och ansvar, det minskar handlingsutrymmet och ökar känslan av maktlöshet.¹⁵

I likhet med stora delar av landet är det en utmaning – som skyndar - att skapa bättre arbetsmiljöer och bättre arbetsvillkor för personal inom vård och omsorg. Och merparten av dessa är kvinnor.

Sammanfattningsvis

Ett kollegialt lärande – för en ny kultur

Kompetensutveckling om rehabiliterande arbetssätt kräver inte bara kunskap utan också möjligheten att utöva kunskaperna i en praktik, att få pröva sina kunskaper i en testsituation som ett rollspel eller i form av reflekterande samtal med återkoppling på en fiktiv situation. I Odense hade man ”Testhallen”, en plats där personalen under trygga

¹⁵ Nilsson, A. Att främja kvinnors hälsa, Ett diskussionsunderlag utifrån femton ohälsoområden, Tryckt rapport, Stockholms läns landsting, 1998

förhållanden fick möjlighet att pröva nya arbetsmetoder och där man kunde se betydelsen av att samarbeta tvärs över professionella gränser.¹⁶

Att blanda teori och praktik, det är de intervjuade ense om och de betonar behovet av både ock. Så här säger Maria Jansson: *”Det är värdefullt att höra teorier, säger hon, men man behöver också det praktiska hantverket. Hembjälpsspersonal behöver till exempel teoretisk kunskap, men behöver också möjligheten att träna praktiskt; hur ska jag gå med patienten; hur ska jag hålla?”*

På min fråga till de intervjuade om det varit någon utbildning som varit särskilt omtyckt minns Åsa Erkers en utbildning som gavs i studiecirkelform med tvärprofessionella deltagare. Fakta blandades med reflekterande samtal med studiehandledare som inte kom från den egna gruppen. En form av kollegialt lärande som inte minst i skolans värld har visat sig vara den kompetensutveckling som ger störst effekt.

”Den tvärfackliga reflektionen tycker jag är mest fruktbar. Gör man det enbart i sin egen yrkesgrupp får man inte de andras kunskap och perspektiv. En utbildning som jag särskilt minns var i studiecirkelform. Jag tror det var sex tillfällen och all personal i hemvården deltog. Det var chefen, arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska. Cirkelledare var en person från den egna verksamheten men inte från den egna gruppen. Man skulle läsa inför varje omgång, det var en faktadel och sedan reflektionsfrågor. Det var ett väldigt bra sätt att utbilda sig på och många har relaterat tillbaka till den här utbildningen. Sedan bör det vara mycket handledning i arbetet, det är det som ger bäst effekt på arbetet faktiskt.”

Några teman för kompetensutveckling

De intervjuade, som ju intervjuats separat, har haft mycket lika förslag till innehåll för kompetensutveckling. Vad man kan utläsa av intervjuerna är att variationen inom varje yrkesgrupp med all säkerhet är stor. En del personal inom en och samma yrkesgrupp står på rätt så gedigen grund för ett rehabiliterande arbetssätt, andra har utbildats sedan flera år tillbaka och inte fått den påfyllnad de skulle ha behövt och ytterligare en del är nyutbildade – och trots detta – har de inte fått kompetenser om rehabiliterande arbetssätt.

Merethe Paulsen som är sjuksköterska berättar att hon i sin grundutbildning inte lärde sig någonting om rehabiliterande arbetssätt. Även den vidareutbildning hon genomgick nyligen med inriktning på ”vård av äldre” hade fokus på rehabiliterande arbetssätt. *”Det var något litet i den men inte mycket. Fokus var på behandling, när patienten har en skada, vid ett fall; det innebar att försöka behandla och lindra, det är där fokus ligger. Många sjuksköterskor har svårt för Senior Alert, många tycker det är jobbigt att hålla på med det.”*

Maria Jansson, fysioterapeut, föreslår i intervjun att vissa grupper skulle kunna lära sig och ta över specifika uppgifter som skulle förbättra kvaliteten i vård och omsorg. Vissa handplockade undersköterskor skulle under handledning kunna utföra specifika rehabinsatser, som träning av patienter.

”I ett par av våra kranskommuner finns så kallade ’ruskor’, det vill säga rehab-undersköterskor. Det tar inte bort behovet av att alla har ett rehabiliterande arbetssätt men möjliggör till exempel mycket mer specifik träning och därmed snabbare återhämtade patienter. Rent praktiskt fungerar det så att några specifika handplockade undersköterskor har ansvar för mer riktade rehabinsatser, vilket fungerar bland annat i Lekebergs kommun.”

Nedan sammanfattas de teman som lyfts fram i intervjuerna. Varje tema behöver omfattas av teori och praktik, så att kunskaperna kan testas och integreras hos individen.

¹⁶ Holmgaard, A.P., Velfærd under ombygning, Fra service till selvstændighed, Gyldendal Public, 2014

- *Vad innebär ett rehabiliterande arbetssätt? Vad omfattar begreppet och vad krävs för insatser på olika nivåer? Vad säger forskningen och vilka erfarenheter finns i Norden?*
- *Genomförandeplaner – syfte, genomförande (formulering av mål); uppföljning; handledning (se nedan punkten om samtalet); det nya IBIC.*
- *Samtalet – metodik om och handledning i samtalet. Hur kan en dialog utvecklas så att personens vilja och önsningar blir synliga i den individuella planen? Vid användning av manualer, hur skapa ett samtal som förhindrar ett mekaniskt förhållningssätt? Vad innebär att ha ett stödjande förhållningssätt? Vad innebär fingertoppskänslighet?*
- *Teamsamarbete – metodik/arbetssätt kring samarbete/samverkan. Vad innebär att reflektera tillsammans och vad ställer det för krav på teamdeltagaren? Handledning – behov och genomförande.*
- *Friskfaktorer, hälsofrämjande arbete – Vad innebär ett hälsofrämjande tänkande i praktiken när det gäller insatser dels för personer utanför omvårdnad, dels i omvårdnad, boende etc? Hur individualiserar vi hälsofrämjande insatser för att möta olika individers behov? Vad kan empowerment/egenmakt innebära för insatser inom ramen för hälsofrämjande arbete? Hur kan samarbete utvecklas med civilsamhället mm?*
- *Arbetsmiljön – vad säger forskningen och hur stämmer dess resultat med situationen i Örebro kommun? Vad vill jag med mitt arbete? Vad är jag nöjd med/inte nöjd med? Hur mycket kontroll och inflytande har jag över mitt eget arbete?*
- *Ledningsfunktionen – Vad krävs i ledarskap för att skapa förutsättningar och ge stöd för ett rehabiliterande arbetssätt? Vad krävs av ledare för att skapa en kontinuitet bland de anställda men också leda ett förändringsarbete?*

Till sist – några utmaningar från de intervjuade

Utmaningen är:

- *att alla ska vara bärare av samma idé, det ska genomsyra hela organisationen.*
- *att skapa en bra arbetsmiljö. Som det är idag slutar många på grund av dålig arbetsmiljö. Kontinuiteten som är så viktig i vårt jobb, leder i sig till dålig arbetsmiljö. Det blir en ond cirkel.*
- *att inte göra det halvdant, det kommer att kosta pengar initialt, det tar tid att vända ett skepp och de som styr måste hålla i processen och också hålla ut!*
- *att vända till ett rehabiliterande arbetssätt. Man är i en kultur, så här jobbar vi, så här funkar det hos oss. Kulturen i organisationen är en väldigt stor utmaning, inte minst den personliga inställningen: hur ser jag på mitt eget arbete? varför är jag på jobbet? vem är jag till för? Vissa yrkesgrupper kan bli lite skrämnda när det gäller rehabilitering – 'det här är inte mitt område'. Då blir teamsamverkan en utmaning - att alla har stor betydelse för att det ska lyckas.*
- *att få till samverkan kring personerna vi arbetar med, att bita dom samverkansformerna, man har informationsutbyte med psykiatri och vuxenhabilitering...men man samarbetar inte kring personerna.*
- *att få ihop teamet, att fokus är patientens mål så inte varje yrkesgrupp har sitt eget mål. Alla måste hjälpas åt för att nå det målet. Det låter lätt, men det är inte lätt.*
- *att rehab fodrar en väldig motor, den motorn måste finnas hos alla. Det måste vara någon som visar vägen hela tiden. Vi kan inte säga att vi införde det – det är en fårskvava.*

Bilaga 5



ÖREBRO

Övergripande kompetensförsörjningsplan

Inriktning till kompetensområden
för rehabiliterande arbetssätt

För yrkesgrupper

Kompetensbehov (områden)	Kompetensutvecklingsinsats och förslag till metod
Rehabiliterande arbetssätt	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i rehabiliterande arbetssätt • Kollegialt lärande genom dialog och praktisk övning, testning av arbetssätt på verkliga fall, handledningsstöd
IBIC, målformulering och dokumentation kopplat till <i>en</i> genomförandeplan	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i metod/arbetssätt IBIC • Utbildning i målsättning utifrån individens behov, uppföljning och utvärdering av mål, dokumentation med koppling till mål i genomförandeplan. • Kollegialt lärande genom dialog och praktisk övning, handledningsstöd
Samtalsmetodik	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i metod för att föra motiverande samtal med individen • Kollegialt lärande genom dialog och praktisk övning, handledningsstöd
Folkhälsans fyra grundpelare	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i teori, hälsofrämjande och förebyggande förhållningssätt och insatser • Kollegialt lärande genom dialog och praktisk övning
Teambaserat arbetssätt, tvärprofessionellt samarbete och reflektion, informations- och kompetensöverföring	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i teambaserat arbetssätt • Utbildning i metod och struktur för reflektion, informations- och kompetensöverföring • Kollegialt lärande genom dialog och praktisk övning, handledningsstöd
Digital kompetens	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i hantering av olika systemstöd, digitala verktyg • Utbildning kopplat till utveckling inom välfärdsteknologi



Övergripande kompetensförsörjningsplan

Inriktning till kompetensområden
för rehabiliterande arbetssätt

För chefer

Kompetensbehov (områden)	Kompetensutvecklingsinsats (aktiviteter/åtgärder)
Strategin och dess värdegrund, Örebro kommuns modell för rehabiliterande arbetssätt	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i strategi och modell (för att kunna vara kulturbärare) • Kollegialt lärande genom dialog och övning, chefsnätverk för erfarenhetsutbyte, testning av förhållningssätt
Förändringsorganisation, implementeringsplan för införande	<ul style="list-style-type: none"> • Information/utbildning • Kollegialt lärande genom dialog, chefsnätverk för erfarenhetsutbyte
Organisations- och verksamhetskunskap för helhetssyn	<ul style="list-style-type: none"> • Information/utbildning för att bära helheten, kunna koordinera gränsöverskridande samarbeten och relationer mellan olika yrkesprofessioner
Förändringsledning, lärande organisation, coachande förhållningssätt, tillitsfullt ledarskap	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i förändringsledning • Utbildning i metod/stöd i att skapa en lärande organisation • Utbildning i coachande förhållningssätt, tillitsfullt ledarskap • Kollegialt lärande genom dialog och övning, chefsnätverk för erfarenhetsutbyte
IBIC, målformulering och dokumentation kopplat till <i>en</i> genomförandeplan	<ul style="list-style-type: none"> • Information/utbildning för att kunna leda och stödja medarbetare utifrån den kompetensutveckling som getts inom området.
Samtalsmetodik	<ul style="list-style-type: none"> • Information/utbildning för att kunna leda och stödja medarbetare utifrån den kompetensutveckling som getts inom området.
Folkhälsans fyra grundpelare	<ul style="list-style-type: none"> • Information/utbildning för att kunna leda och stödja medarbetare utifrån den kompetensutveckling som getts inom området.
Teambaserat arbetssätt, tvärprofessionellt samarbete och reflektion, informations- och kompetensöverföring	<ul style="list-style-type: none"> • Information/utbildning för att kunna leda och stödja medarbetare utifrån den kompetensutveckling som getts inom området.