



Fammi

## ”Den röda tråden”

### Strategier för kompetensutveckling i kommunerna för sjuksköterskor/distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster

Fyra kommuners modeller:

Hallstahammars kommun  
Högsbo stadsdel i Göteborg  
Lerums kommun  
Lidköpings kommun

**Rapport från utvecklingsprojektet K2**

Augusti 2006

Familjemedicinska institutet

Eva Stål Söderberg  
Sjuksköterska  
Projektledare Fammi

Christina N Lundqvist  
Arbetsterapeut  
Projektledare Fammi

Margareta af Klinteberg  
Sjukgymnast  
Projektledare Fammi



# Förord

Kommunerna har under de senaste femton åren fått ett allt större ansvar för vården i Sverige. Kommunernas uppgift är bl a att se till att äldre, psykiskt funktionshindrade och patienter i hemsjukvård får vård och omsorg av god kvalitet.

Personalens kompetens är avgörande för vårdens kvalitet och kommunerna är skyldiga att tillse att verksamheterna har kvalitetssystem som bl.a. tillser att planer finns för fortlöpande kompetensutveckling av personalen (SOSFS 1998). All kompetensutveckling bör utgå från verksamhetens mål och vad som krävs av olika yrkesgrupper för att uppnå målet med vården av den enskilde. Kompetensutveckling blir än viktigare när nya forskningsresultat och utvecklingsarbeten leder till allt snabbare förändringar och möjliga förbättringar inom vården.

Arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor bidrar med sin kompetens både i sin självständiga yrkesutövning och genom konsultativt arbete med handledning, fortbildning och stöd till andra personalgrupper. Samtidigt är arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor ofta relativt små yrkesgrupper inom kommunernas verksamheter och de flesta kommuner har ännu inte utvecklat några strategier eller systematiska planer för kompetensutveckling för dessa grupper.

Famnis utvecklingsprojekt avseende kompetensutveckling för sjuksköterskor/ distriktsköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i kommunernas hälso- och sjukvård är ett betydelsefullt initiativ som vi hoppas ska inspirera till efterföljd. Att yrkesgrupperna i projektet arbetade tvärprofessionellt gav nya perspektiv och en medvetenhet om varandras kompetens. Vi är övertygade om att det finns mycket att lära av de erfarenheter som gjorts i projektet samtidigt som varje kommun behöver analysera och planera sin egen strategiska kompetensutveckling.

Inga-Britt Lindström  
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, FSA

Wania Engberg  
Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, LSR

Birgitta Engström  
Svensk sjuksköterskeförening, SSF



# Sammanfattning

För att kunna ge en god och säker vård och även handleda omsorgspersonalen måste den legitimerade personalen få möjlighet till kompetensutveckling. Hösten 2005 drog Fammi igång projektet K2, som är ett samarbete med fyra kommuner. Syftet var att ge dem stöd att hitta egna strategier för kompetensutveckling. De berörda kommunerna är Hallstahammar, Lerum, Lidköping samt Högsbo stadsdel i Göteborg. Arbetet berör sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Arbetet inleddes med att varje kommun gjorde en nulägesanalys för att skapa underlag för det kommande förändringsarbetet. Efter den inledande analysen genomfördes först en behovsanalys för den egna verksamheten och sedan utformning av modeller med strategier för kompetensutveckling.

Kommunerna har arbetat fram varsin skräddarsydd modell för kompetensutveckling. Några exempel på vad som utträttats: I Högsbo har sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster från äldreomsorgen och hemsjukvården som uppdrag att hålla sig ajour om ny kunskap och utvecklingen inom nutrition. I Hallstahammar har det för varje berörd yrkeskategori tagits fram en strategi för kompetensutveckling. Lerums kommun håller på att ta fram en individuell kompetensutvecklingsplan för personalen i yrkesgrupperna. Lidköping ska inrätta arbetsgrupper inom specifika kvalitetsområden för att öka fokuseringen på områden som bedömts som särskilt viktiga när det gäller att stärka kvalitetsarbetet.

Modellerna utformades under sex månader. Varje deltagande kommun utsåg en lokal projektledare och en arbetsgrupp som representerade de tre yrkesgrupperna. Det huvudsakliga arbetet genomfördes på hemmaplan med hjälp av uppgifter från projektledningen. Resultatet redovisades vid gemensamma möten på Fammi. Dessa möten erbjöd tillfällen att lära sig av varandras erfarenheter och att skapa ett nätverk för fortsatt utbyte av idéer.

Arbetet med K2 stöder Fammis uppfattning att varje kommun måste få utveckla en individuell genomtänkt modell. En gemensam modell skulle inte passa i landets alla kommuner med den sinsemellan mycket olika uppbyggnaden av hälso- och sjukvård.

Projektarbetet har också visat hur viktigt det är att arbeta tvärprofessionellt med kompetensutveckling. Fördelen är att man tar del av varandras kompetenser och att alla yrkesgrupper känner sig delaktiga.



# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b>	8
<b>Om kompetensutveckling i kommunerna</b>	8
Kommunernas utvidgade ansvar	8
Kompetensutveckling, ett delat ansvar	8
Om kompetens och lärande	9
Om strategier	9
<b>Utveckling av modeller i projektet K2</b>	9
Projektets syfte	9
Fyra deltagande kommuner	10
Hur man gick till väga	10
Fyra lokala modeller	11
<b>Resultat</b>	12
Strategier inom åtta områden	12
Intresse för styrning - om mål och ansvar	12
Behovsanalys viktig grund	13
Ny syn på pedagogiska former	13
Planering och samordning	13
Uppföljning och utvärdering	14
<b>Diskussion</b>	14
<b>Utveckling av egen lokal modell</b>	16
Mer om K2	16
Yrkesförbundens hemsidor	16
Lokala kontaktpersoner	16
<b>Referenser</b>	17
<b>Bilagor</b>	
1. Styrdokument för kompetensutveckling	18
2. Deltagande kommuner	19
3. Sammanställning av åtta områden	20
4. <b>Hallstahammar</b> : Riktlinjer för kompetensutveckling sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor i Hallstahammars kommun	21
5. <b>Högsbo</b> : Förslag till "Kompetensutvecklingsmodell" och strategier	35
Aktivitetsplan för "kunskapsön" NUTRITION	45
6. <b>Lerum</b> : Kompetensutvecklingsmodell och strategier för Lerums kommun	49
7. <b>Lidköping</b> : Kompetensutveckling för legitimerad personal	57

# Inledning

Vilken kompetens behövs i det dagliga arbetet för att nå verksamhetens mål och vem har ansvaret? Hur är kompetensutvecklingen planerad och samordnad? Följer man upp ny kunskap som förvärvats?

Det här är några av de frågor som kan förtydligas i en modell med strategier för kompetensutveckling.

I projektet K2 har fyra kommuner tagit fram modeller med förslag på hur man kan arbeta med ovanstående frågor på ett konkret sätt. Projektet är tvärprofessionellt och har genomförts gemensamt för arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor/distriktssköterskor i kommunal hälso- och sjukvård. De frågor som lyfts fram är också intressanta för personalen i landstingens primärvård och i privat driven verksamhet.

Syftet med den här rapporten är att inspirera till att komma igång med egen lokal kompetensutveckling. I rapporten presenteras de föreslagna modellerna. Här finns också information om styrdokument som gäller kompetensutveckling för den legitimerade personalen i kommunerna

## Om kompetensutveckling i kommunerna

### **Kommunernas utvidgade ansvar**

Ädelreformen som genomfördes 1992 innebar att kommunerna fick det samlade ansvaret för äldrevården och övertog verksamhetsansvaret för särskilda boendeformer. Kommunerna fick vidare ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser exklusive läkarinsatserna i särskilda boenden och dagverksamheter. Cirka hälften av landets kommuner tog även över ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende (1).

För att kunna ge en god och säker vård och även handleda omsorgspersonalen måste den legitimerade personalen ha tillgång till långsiktig och genomtänkt kompetensutveckling. Den kan bli kostsam både i tid och pengar om den inte planeras noga.

Brister i planeringen är vanliga på många arbetsplatser. Det visar inte minst en pilotstudie som Fammi gjort, ”Kompetensutveckling för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i kommunerna” (2).

### **Kompetensutvecklingen, ett delat ansvar**

Kompetensutveckling är ett delat ansvar. Hälso- och sjukvårdspersonalen har skyldighet att engagera sig i professionell kompetensutveckling. De har alltså ett personligt ansvar att uppehålla sin baskompetens. Men även arbetsgivaren har skyldigheter och ansvarar för att verksamheten möter förändringskraven inom vården. Arbetet ska utföras i enlighet med gällande författningar (lagar, förordningar och föreskrifter) och olika riktlinjer. Information om olika styrdokument finns i bilaga 1.

## Om kompetens och lärande

Begreppet kompetens har definierats av Per-Erik Ellström på följande sätt: ”Kompetens är en individs potentiella handlingsförmåga i relation till en viss uppgift, situation eller visst sammanhang” (3). Per-Erik Ellström är professor i pedagogik vid Linköpings universitet och har stor erfarenhet av lärande i olika organisationer.

Kompetensutveckling, dvs lärande, kan ske på olika sätt enligt Per-Erik Ellström som beskriver tre olika former. *Formellt lärande* där till exempel planerade kurser och konferenser ingår. *Icke formellt* lärande som kan gälla enskild läsning, kollegiala besök och arbetsplatsbesök. *Informellt lärande* som omfattar lärande som sker i det dagliga arbetet (3).

## Om strategier

Begreppet *strategier* avser i det här projektet riktlinjer för hur man genomför sin kompetensutveckling. De beskriver vilken taktik som ska användas för att uppnå målen och på vilket sätt kompetensutvecklingen kan planläggas, tydliggöras och genomföras (4).

## Utveckling av modeller i projektet K2

Fyra olika modeller med strategier för kompetensutveckling har tagits fram i projektet K2 inom Familjemedicinska institutet, Fammi. Projektet har genomförts tillsammans med en referensgrupp (fig 1). I den ingick Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Vårdförbundet, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR), Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen.

## Projektets syfte

Ett av Fammis uppdrag har varit att stärka kompetensutvecklingen i landets primärvård och kommunala hälso- och sjukvård. Efter ovan nämnda pilotprojekt (2) startades projektet K2 vars syfte var att nationellt inspirera och bidra till utvecklingen av strategier för sjuksköterskor/distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i kommunal hälso- och sjukvård.

I ett utvecklingsarbete krävs ofta en övertygelse att målet är värt ansträngningen – ungefär som vid bestigningen av bergstoppen K2. Därav namnet!

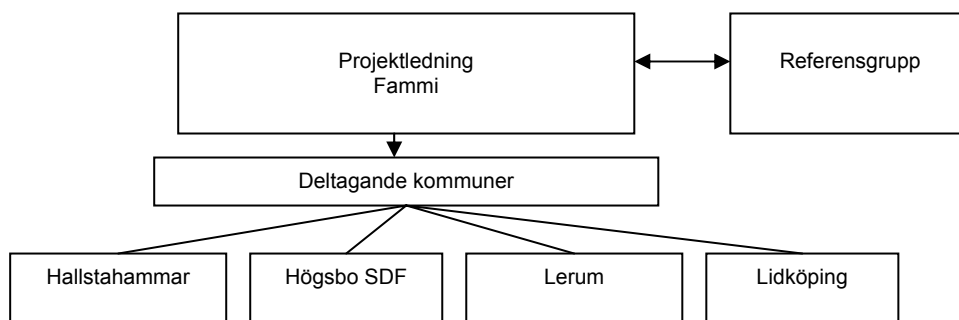


Fig.1 Projektets organisation

## Fyra deltagande kommuner

I projektet skapade fyra kommuner varsin skraddarsydd modell för sina respektive kommuner. Kommunerna är Hallstahammar, Lerum, Lidköping samt Högsbo stadsdel i Göteborg. Några basfakta om de fyra kommunerna finns i bilaga 2.

De deltagande kommunerna var alla angelägna att kunna analysera vilken kompetens de borde komplettera för att uppnå verksamhetens mål. Man ville samtidigt utveckla de rutiner man redan hade för sin kompetensutveckling, man efterfrågade ”en röd tråd”.

## Hur man gick tillväga

Modellerna utformades under sex månader. Varje deltagande kommun utsåg en lokal projektledare och en arbetsgrupp som representerade de tre yrkesgrupperna. Det huvudsakliga arbetet genomfördes på hemmaplan med hjälp av uppgifter från projektledningen. Resultatet redovisades vid gemensamma möten på Fammi. Dessa möten erbjöd tillfällen att lära sig av varandras erfarenheter och att skapa ett nätverk för fortsatt utbyte av idéer.

Den metod som användes togs fram särskilt för det här projektet. Den baserades på Fammis rapport ”Struktur för kompetensutveckling inom primärvården” (4). Inspiration hämtades också från projektet ”Lys, kompa och funka”, som genomförts i Stockholm stad inom ramen för Europeiska socialfondens strukturfond (5). Ytterligare kunskap om analysmetoder hämtades i en modell som utvecklats av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), ”Modell för kompetensutveckling. Individuell utvecklingsplan avseende patient/kundrelaterad verksamhet” (6).

Metoden gick ut på att uppmärksamma ”områden” viktiga för strategier för kompetensutveckling (4). Relaterat till varje område finns frågor att ta ställning till för personalens kompetensutveckling.

Områdena var

1. Mål
2. Ansvar
3. Behovsanalys
4. Pedagogiska former
5. Planering och samordning
6. Tid
7. Finansiering
8. Uppföljning och utvärdering.

De presenteras i bilaga 3.

Arbetet inleddes med att varje kommun gjorde en **nulägesanalys** för att skapa underlag för det kommande förändringsarbetet. Genom en intern undersökning med hjälp av ett frågeformulär och diskussioner fick respektive kommun en samlad bild av sin egen kompetensutveckling, hur den gick till och hur den styrdes. Deltagarna fick också lära sig om effekterna av olika former av lärande, så som de beskrivits av Per-Erik Ellström.

Efter den inledande analysen genomfördes först en **behovsanalys** för den egna verksamheten och sedan **utformning av modeller** för kompetensutveckling.

### *Behovsanalysen*

Uppgiften var att utgå från verksamhetens mål och att analysera vilken kompetens personalen behövde och var det fanns tydliga behov av kompetensutveckling. Hänsyn skulle tas till arbetet med vårdtagare och närstående, arbetet med omsorgspersonal, utvecklings- och kvalitetsarbete samt eventuellt annat som man lokalt bedömde som viktigt för verksamheten.

### *Utformning av modellerna*

Varje kommun utformade en egen modell som omfattade strategier för kompetensutveckling. Uppgiften var att först ta ställning till områden och frågeställningar som man lokalt bedömde som viktiga för sin kompetensutveckling. Därefter gällde det att föreslå strategier som man trodde skulle fungera på den egna arbetsplatsen. Viktigt vid utformningen av modellerna var att utgå från de erfarenheter som samlats under projektet ditintills.

## **Fyra lokala modeller**

De deltagande kommunernas modeller med strategier för kompetensutveckling presenteras i sin helhet som bilagor. De finns också att ladda ner från [www.fammi.se](http://www.fammi.se).

### *Hallstahammar:*

*Riktlinjer för kompetensutveckling sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor i Hallstahammars kommun. (Bilaga 4)*

### *Högsbo:*

*Förslag till "Kompetensutvecklingsmodell" och strategier. Aktivitetsplan för "kunskapsön" NUTRITION. (Bilaga 5)*

### *Lerum:*

*Kompetensutvecklingsmodell och strategier för Lerums kommun. (Bilaga 6)*

### *Lidköping:*

*Kompetensutveckling för legitimerad personal. (Bilaga 7)*

# Resultat

En jämförelse mellan de fyra kommunernas modeller visar att de formats olika, delvis beroende på vilka områden som den berörda kommunen valt att fokusera sitt arbete på. De nya strategierna har integrerats i den egna kommunens tidigare strategier och präglas därför av lokala förutsättningar.

## **Strategier inom åtta områden**

I de fyra modellerna finns en fokusering på fem av de åtta områdena för strategier. De gäller frågor om mål, ansvar, behovsanalys, pedagogiska former samt planering och samordning. Även de övriga tre områdena finns med i modellerna men i något mindre utsträckning. Man har dock påbörjat den ganska svåra uppgiften att besvara frågor om hur arbetstid kan användas för olika former av kompetensutveckling och hur finansiering kan planeras och fördelas. Området uppföljning och utvärdering har berörts av alla på något sätt.

## **Intresse för styrning – om mål och ansvar**

Inledningsvis var det inte många av projektets deltagare som kände till vilka mål, policys och faktiska förutsättningar som gäller för kompetensutveckling på den egna arbetsplatsen. Det framkom inte minst vid nulägesbeskrivningen i projektets start. Kunskap om detta blev ett av projektets prioriterade förbättringsområden. I arbetet med modellerna har projektgrupperna arbetat med att beskriva och tydliggöra mål och ansvar och det utgör nu en grund för deras lokala modeller.

Det är många olika saker som styr kompetensutvecklingen. I Hallstahammars förslag tydliggörs till exempel vilka gemensamma värderingar för kompetensutveckling som finns fastställda i löneavtalet. I Lerum utgår man från lokala riktlinjer för kompetensutvecklingen i Vård-och Omsorgsförvaltningens kompetenspolicy som finns framtagna i kommunen. I det fortsatta arbetet med att utveckla den egna modellen försöker man integrera det rådande ”tänkandet” i den egna kommunen med det nya som man lärt genom projektet.

Men det är inte bara avtal och riktlinjer som har betydelse för kompetensutvecklingen. Målen för innehållet i kompetensutvecklingen styrs också av vilken syn man har på vad som bör ingå i kompetensen. Hos de legitimerade yrkesgrupperna har kompetens betydelse inte bara för yrkesgruppernas arbete med vårdtagare och kravet på medicinsk säkerhet. Den har även en mycket stor betydelse för handledningen av omsorgspersonalen. I Lidköping finns handledarperspektivet med som en viktig utgångspunkt för målen för kompetensutvecklingen.

Även synen på hur man uppnår kompetens har betydelse för målen. I Högsbos förslag till modell föreslår man att kompetensutvecklingen bör omfatta såväl kompetensförstärkning som kompetensförnyelse. Med kompetensförstärkning menar man att kunna utföra saker rätt. Att utveckla det man redan gör för att göra det på bästa sätt. Kompetensförnyelse är däremot att ställa sig frågan ”gör vi rätt saker?” och utveckla kompetens inom nya områden. Att våga ifrågasätta det givna har visat sig vara mycket viktigt.

## **Behovsanalys viktig grund**

Det mest omfattande momentet i projektet var att genomföra behovsanalys. Samtliga kommuner har lagt ner ett stort arbete på att analysera sina behov av kompetens och beskriva den kompetensutveckling som finns. I huvudsak menar de deltagande kommunerna att det här momentet var mycket viktigt och var en förutsättning för att utveckla strategier för kompetensutvecklingen.

Erfarenheterna av att göra behovsanalyserna har varit flera. Två genomgående tendenser kan ses i resultatet. Dels har man samlat vissa av de identifierade behoven i särskilda *kompetensområden*. Dels har man delat in kompetensen i olika *kompetensnivåer* som basnivå, fördjupningsnivå och spetskompetens.

Exempel på särskilda kompetensområden är de s.k. kvalitetsområden som Lidköping tagit fram. De är bland annat äldres hälsa, demens och fallprevention.

Även Högsbo har identifierat ett kompetensområde, nutrition. Man kallar det för en särskild ”kunskapsö” där tanken är att de tre yrkesgrupperna tillsammans utgör en särskild fördjupad kunskapsresurs för kompetensen inom området nutrition. Så småningom kan fler kompetensområden utvecklas på motsvarande sätt.

I Lerums modell skiljer man på bas- fördjupad och specialiserad kompetens. Baskompetensen är det som alla förväntas kunna i motsats till den fördjupade och specialiserade kompetensen för vissa utvalda. Även Lidköping har förslag på kompetensnivåer.

I Hallstahammars modell tar man fram ytterligare en dimension för olika kompetensnivåer i det att så kallad spetskompetens ska speglas i lönesamtalet.

## **Ny syn på pedagogiska former**

Alla kommunerna visar att de fått en ökad förståelse för olika former av kompetensutveckling. I projektets början visade resultatet av frågeformulären på en vag kunskap om hur man lär. Flertalet hade en syn på kompetensutveckling mest som identiskt med ”att åka på kurs”.

Genom att delta i projektet har man fått anledning att sätta sig in i hur lärandet i stor utsträckning sker på arbetsplatsen. Samtliga kommuner visar i sina modeller på hur man vill använda de pedagogiska formerna.

På olika sätt har man kommit att värdera icke formellt lärande, exempelvis som självstudier via nätverk eller genom auskultationer.

## **Planering och samordning**

Genom projektet utvecklades en ny och aktiv kanal mellan arbetsledning och medarbetare. Det var de tvärprofessionella arbetsgrupperna som tillsattes och som tillsammans med projektledarna drev arbetet i projektet. I några kommuner vill man behålla samma arbetsgrupper. I alla kommuner finns en vilja att på något sätt fortsätta det tvärprofessionella arbete som satts igång genom projektet. Man såg vinster med att de tre yrkesgrupperna gemensamt analyserar verksamhetens behov och får en delaktighet från de olika yrkesgrupperna med på köpet

Ytterligare en vinst av samarbetet under projektiden är en ny medvetenhet om varandras kompetens. Det gäller såväl inom den egna yrkesgruppen som mellan grupperna. Där ser man möjligheter att utnyttja varandra på olika sätt i framtiden. Man kan delge varandra av kompetens som redan finns i gruppen eller av ny kompetens som tillförs. I Lerum planeras något som man kallar en intern kunskapsbank.

### **Uppföljning och utvärdering**

I alla kommuner har man diskuterat på vilket sätt kompetensutvecklingen ska följas upp. I modellerna ges förslag på former för återkoppling.

## **Diskussion**

I projektets början efterfrågades en röd tråd i kommunernas kompetensutveckling. Kommunerna upplevde att man saknade den genomtänkta strategin för att kompetensutvecklingen skulle fungera i praktiken. Genom projektet har man utvecklat sina modeller och hittat en röd tråd.

Vi kan i projektet se att det dock inte bara handlar om en gemensam röd tråd utan flera olika trådar. Varje kommun har hittat sin egen röda tråd med utgångspunkt ur lokala förutsättningar. Just att utgå från det lokala tror vi är en viktig förutsättning för att en modell för kompetensutveckling ska fungera i en kommun. Resultatet stöder Fammis uppfattning att varje kommun måste få utveckla en individuellt genomtänkt modell. Vi ser också att det förslag på struktur för kompetensutveckling som utvecklats för landstingets primärvård inte direkt kan appliceras i kommunerna (4).

Modellerna som arbetats fram ska inte ses som färdiga modeller anpassade för andra kommuner att ta efter, utan varje kommun måste utgå från sina förutsättningar. Med verksamhetens mål som grund har man fokuserat på den kompetens man har i dag och vad som saknas, inte minst med tanken på den mycket olika uppbyggnaden av hälso- och sjukvård runt om i landet.

Imponerande i projektet är att man trots den begränsade projektiden hunnit med så mycket på så kort tid. De deltagande kommunerna har alla visat på stort engagemang och avsatt tid för att utveckla sina strategier. I ett utvecklingsarbete som K2 handlar det om att komma igång. Att sätta sig ner och faktiskt göra något. Att komma överens med sin arbetsledning och sina kollegor att man ska avsätta tid för det. Vår uppfattning är att den tid som lagts ner kan vinnas tillbaka genom strategiernas olika vinster. Vår devis är: ta sig tid är att vinna tid.

En av vinsterna har varit att få en samsyn kring förutsättningar för kompetensutveckling. Modellerna visar på en ökad medvetenhet. De flesta i de legitimerade yrkesgrupperna visste inte om det fanns någon policy för kompetensutveckling eller om den var nedbruten för varje yrkesgrupp. Kunskap om detta hade bara cheferna. Man var heller inte nöjd med de ekonomiska förutsättningarna för kompetensutvecklingen. Det och mycket mer har diskuterats och lett fram till många bra förslag.

Det tvärprofessionella samarbetet har uppmärksammats under hela projektet. När de olika yrkesgrupperna delgav varandra sina resultat blev det tydligt vad varje yrkesgrupp gör. Det är en hjälp både när det gäller att förstå varandra och att samplanera vissa utbildningsmoment. Andra vinster som görs i om med det tvärprofessionella är att man gemensamt analyserar verksamhetens behov och får en delaktighet från de olika yrkesgrupperna. Den arena som utvecklats i och med arbetsgruppernas arbetssätt är i sig en intressant metod värd att uppmärksamma även för andra utvecklingsområden än kompetensutveckling. Att en lokal projektledare utsågs var viktigt, inte minst för att det behövs någon som tar på sig ansvaret att hålla ihop projektet.

I projektet har man även fått upp ögonen för vad lärande är. Därför har också särskilda former för kompetensutveckling spelat en stor roll. Man såg att det fanns mycket kunskap att hämta både på hemmaplan, inom professionen och i teamet. Det kan vara allt ifrån informella möten på arbetstid till att söka kunskap på internet och inte enbart traditionell fortbildning som kurser i universitets och högskolors regi, eller att ”åka på kurs”. Att det var viktigt att koppla teori till vardagliga problem blev viktigt märkte vi inte minst i de diskussioner som fördes.

I allt detta tror vi att man har mycket att vinna. Inte bara tid utan även kvalitet. En arbetsplats med en utvecklad lokal modell med strategier för kompetensutveckling har många förutsättningar att bli föregångare vad gäller kompetens och kvalitet. Med delaktiga medarbetare och med ett lärande som fungerar i praktiken.

# Utveckling av egen lokal modell

Den här rapporten omfattar material som sammanställts för att ge stöd och inspiration för den som vill utveckla strategier och skapa en lokal modell för kompetensutveckling. Genom att ta del av kommunernas förslag kan man få ett smakprov på hur lokala modeller kan se ut och idéer till hur man själv kan göra. I projektet ingick sjuksköterskor/distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i kommunal hälso- och sjukvård. Materialet kan dock användas av andra yrkesgrupper.

## Mer om K2

En utförlig beskrivning av hur de olika momenten genomfördes finns i sammanställningen "*Metod och process i K2-projektet*". I den ingår även de arbetsblad som använts i projektet. Sammanställningen kommer att finnas möjlig att ladda ner från [www.fammi.se](http://www.fammi.se) från och med augusti 2006 till och med dec 2006. Därefter kommer den att finnas tillgänglig via yrkesförbundens hemsidor.

## Yrkesförbundens hemsidor

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se)

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), [www.fsa.akademikerhuset.se](http://www.fsa.akademikerhuset.se)

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR), [www.sjukgymnastforbundet.se](http://www.sjukgymnastforbundet.se)

## Lokala kontaktpersoner

Man kan även kontakta lokala projektledare från kommunerna om man har frågor om just deras modell.

### *Hallstahammar:*

Christina Brandt                      [christina.brandt@hallstahammar.se](mailto:christina.brandt@hallstahammar.se)

### *Högsbo:*

Ann-Kristin Andersson              [ann-kristin.andersson@hogsbo.goteborg.se](mailto:ann-kristin.andersson@hogsbo.goteborg.se)

### *Lerum:*

Lena Karlsson                        [lena.e.karlsson@lerum.se](mailto:lena.e.karlsson@lerum.se)

### *Lidköping:*

Nils-Gunnar Främberg              [lvonifr@lidkoping.se](mailto:lvonifr@lidkoping.se)

## Referenser

1. Regeringens proposition (prop.1999/200:149) *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*. Socialdepartementet. Stockholm.
2. Stål Söderberg E, Lundqvist CN, af Klinteberg M. (2003) *Kompetensutveckling för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i kommunerna*. Familjemedicinska institutet. Stockholm.
3. Ellström PE. (2000) *Lärande och utveckling i "magra organisationer": problem och möjligheter. I "Avveckla eller utveckla? En antologi om verksamhetskonsekvenser i magra organisationer*. Rådet för arbetslivsforskning. Stockholm.
4. Eliasson G, Jarl E-M, Pettersson S. (2004) *Struktur för kompetensutveckling inom primärvården*. Familjemedicinska institutet. Stockholm.
5. [www.stockholm.se](http://www.stockholm.se) >Verksamheter> Omsorg av funktionshindrade
6. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter,(FSA). (2005) *Modell för kompetensutveckling. Individuell utvecklingsplan avseende patient/kundrelaterad verksamhet*. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

## STYRDOKUMENT FÖR KOMPETENSUTVECKLING

### Kompetensbeskrivning för den legitimerade personalen

Socialstyrelsen utarbetar rekommendationer om yrket, kompetens, erfarenhet och förhållningssätt för reglerade yrken inom hälso- och sjukvården. Syftet är att tydliggöra profession och yrkesutövning. För att arbeta som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster krävs att man innehar legitimation för yrket. Arbetet ska även utföras i enlighet med gällande författningar (lagar, förordningar och föreskrifter) och olika riktlinjer. Här är några viktiga:

- *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* Artikelnummer 2005-105-1. Socialstyrelsen 2005.
- *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter.* Artikelnummer 2001-105-2. Socialstyrelsen 2001.
- *Kompetensbeskrivningar för sjukgymnaster.* Artikelnummer 1999-03-001. Socialstyrelsen 2000.

### Lagar

- *Lagen (1998:531) och Förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.*
- *Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* som reglerar ansvar och kompetenskrav.

### Föreskrifter och allmänna råd

- *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.*  
Socialstyrelsen meddelar föreskrifter och allmänna råd som riktar sig till vårdgivare och verksamhetschefer, SOSFS (1996:24). Där står att medarbetarna är vårdens basala resurs för att uppnå god kvalitet på vården. Därför är det viktigt att deras kompetens utvecklas kontinuerligt för att möta förändringskraven i vården.
- *Socialstyrelsens allmänna råd om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård.*  
Verksamhetschefens ansvar inom kommunens hälso- och sjukvård beskrivs i SOSFS (1997:8). Den utsedda verksamhetschefen som representerar den kommunala vårdgivaren ansvarar bland annat för att personalens kompetens upprätthålls genom adekvata vidareutbildningsinsatser.

### Kollektivavtal

För sjuksköterskor som arbetar i kommunal vård har Vårdförbundet slutit avtal (Bilaga 5 till ÖLA). Där framförs att arbetsgivaren har ett grundläggande ansvar för att skapa goda förutsättningar för lärande och för insatser som syftar till kompetensutveckling. Men även att de anställdas kompetensutveckling vidareutvecklas för att möta de stora utmaningar som kommuner och landsting står inför. Liknande avtal finns även för arbetsterapeuter och sjukgymnaster (HÖK-05).

För sjukgymnaster och arbetsterapeuter har Akademikeralliansen slutit avtal med Sveriges Kommuner och Landsting i samverkansavtalet, *FAS 05, (Förnyelse-arbetsmiljö-samverkan i kommuner, landsting och regioner)*. Där står bland annat att medarbetarnas engagemang och kunskap är viktiga förutsättningar för verksamhetens utveckling. Men även att de strukturförändringar som sker i kommun, landsting och regioner måste följas av förändringar i medarbetarens kompetens.



## **K2:s KOMPETENSUTVECKLINGSMODELL**

### **Sammanställning av områden**

Här nedan finns åtta områden listade som alla är viktiga att tänka igenom för att skapa strategier för kompetensutveckling.

1. Mål
  - (a) Verksamhetens mål
  - (b) Riktlinjer för personalens kompetensutveckling
  - (c) Lokala mål för kompetensutveckling
  
2. Ansvar
  - (a) Arbetsgivarens ansvar
  - (b) Individens ansvar
  - (c) Övriga med ansvar för kompetensutveckling
  
3. Behovsanalys
  - (a) Verksamhetens behov
  - (b) Individens behov
  
4. Pedagogiska former
  - (a) Formellt lärande
  - (b) Icke formellt lärande
  - (c) Informellt lärande
  
5. Planering och samordning
  - (a) För alla legitimerade yrkesgrupper gemensamt
  - (b) För yrkesgrupperna var för sig
  - (c) För individerna
  
6. Tid
  - (a) För olika former av lärande
  - (b) Annat
  
7. Finansiering
  - (a) Prioritering och fördelning
  - (b) Reserverade medel
  
8. Uppföljning och utvärdering
  - (a) Återkoppling arbetsgivare
  - (b) Återkoppling kollegor

2006-02-20



**Hallstahammars**  
kommun

***RIKTLINJER FÖR KOMPETENSUTVECKLING  
SJUKGYMNASTER, ARBETSTERAPEUTER OCH  
SJUKSKÖTERS KOR I HALLSTAHAMMARS KOMMUN***

**Arbetsgrupp K2:**

Jaana Arola, leg sjuksköterska  
Christina Brandt, leg sjuksköterska  
Marga Holgersson, leg sjukgymnast  
Monica Linde Westberg, enhetschef  
Helena Pérez, leg arbetsterapeut  
Lillemor Quist, områdeschef  
Anders Vidén, leg sjuksköterska

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

1. INLEDNING
2. BAKGRUND
3. SYFTE
4. PEDAGOGISKA FORMER
5. MEDARBETARSAMTALET
6. GEMENSAM STRATEGI
7. GEMENSAMT FLÖDESSHEMA
8. SJUKSKÖTERS KORNAS STRATEGI
9. ARBETSTERAPEUTERNAS STRATEGI
10. SJUKGYMNASTERNAS STRATEGI
11. FORMELL KOMPETENS – FORMULÄR
12. INDIVIDUELL KOMPETENSUTVECKLINGSPLAN - FORMULÄR

## **1. INLEDNING**

I samband med FAMMI (familjemedicinska institutet) och deras projekt K2 (Utvecklingsprojekt avseende kompetensutveckling för sjuksköterskor/distriktsköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i kommunernas hälso- och sjukvård) har dessa riktlinjer för kompetensutveckling i Hallstahammars kommun tagits fram.

Denna övergripande modell för kompetensutveckling är gemensam för sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor i Hallstahammars kommun.

Varje yrkesgrupp har dessutom tagit fram riktlinjer för respektive yrke.

## **2. BAKGRUND**

I löneavtalet för kommuner och landsting står:

### **Gemensamma värderingar**

Ett framgångsrikt utvecklingsarbete har sin utgångspunkt i förhållandena inom olika verksamheter och på enskilda arbetsplatser. Varje verksamhet behöver därför göra sin analys och utforma sin strategi. Delaktighet är en nödvändig faktor för att åstadkomma såväl verksamhetsförändringar som kompetensutveckling. Det är därför angeläget att det förs en kontinuerlig dialog mellan de anställda och ledningen.

Arbetsgivaren har ett grundläggande ansvar för att skapa goda förutsättningar för lärande och för insatser som syftar till kompetensutveckling. Den anställda har också ett eget ansvar för att utveckla sin kompetens i enlighet med verksamhetens krav.

Kompetensutveckling leder till ökad arbetstillfredsställelse och ger den anställda bättre förutsättningar att möta förändringar. Kompetensutveckling bidrar även till ökad anställningstrygghet och anställningsbarhet.

### **Sambandet med löneavtalet**

Det finns ett samband mellan verksamhetsutveckling, kompetens- utveckling och löneutveckling. Detta är särskilt påtagligt i ett individrelaterat lönesystem. Arbetet bör organiseras så att arbetstagaren ges möjlighet att successivt bredda och fördjupa sin kompetens och mångkunnighet i syfte att bidra till utvecklingen av verksamheten.

### **Hallstahammars riktlinjer för kompetensutveckling**

I Hallstahammars kommuns riktlinjer för kompetensutveckling fastställs: bl.a. att de anställdas kompetens är avgörande för huruvida förnyelse ska lyckas och att hänsyn ska tas till den anställdes behov av utveckling.

Utgångspunkten är individinriktad och präglas av en positiv människosyn. Kompetensutveckling är därför ämnat att i första hand tillvarata personalens kreativitet och förmåga till problemlösning, samt tillgodose individens behov av utveckling, lärande och aktivitet. Insatsen ska naturligtvis på något sätt gagna verksamheten

- Det är mycket viktigt att såväl kompetens som kompetensutveckling är väl underbyggd. Detta görs främst genom att insatser planeras i samverkan med den enskilde t.ex. i samband med medarbetarsamtal och utgår ifrån dennes förutsättningar och behov”
- Kompetensutveckling är alltid ett resultat av att man kunnat identifiera ett behov.

Behovet kan vara av många skilda slag och omfattning. Här kommenteras de vanligaste situationerna:

- Verksamhetens mål förändras eller är svåra att uppnå vilket kräver en högre kompetens.
- Enheten har ett dåligt arbetsklimat eller behöver förbättra det.
- Arbetsmiljön är dålig och sliter ut personal.
- En person eller grupp ska få nya, utökade eller förändrade arbetsuppgifter.
- Servicen behöver förbättras.
- Ny teknik introduceras.
- Ny verksamhet ska startas

Enligt (Jämställdhetsplanen- Socialförvaltningen 2004-2005) ska alla anställda inom förvaltningen ges möjlighet att utveckla sin kompetens. Resultatombudschefens, eller den som har motsvarande ansvarsområde, ansvar är att i samband med medarbetarsamtal upprätta kompetensutvecklingsplan för varje medarbetare. Medel för genomförandet ska planeras in i respektive verksamhets budget. Kompetensutvecklingen ska följas upp regelbundet. Förutom kurser och utbildningar kan kompetensutveckling ske i form av studiebesök, lärande granskning och nätverksträffar.

### **3. SYFTE**

Syftet är att ta fram ett praktiskt och konkret hjälpmedel som ska utgöra grunden till medarbetarsamtalet och bidra till att en individuell kompetensutvecklingsplan upprättas för varje medarbetare.

#### **Arbetsorganisation (enligt löneavtal för kommuner och landsting)**

Arbetsorganisationen skall stimulera till en vård- och arbetsmiljö som gör det möjligt att uppfylla kraven på hög vårdkvalitet med utgångspunkt från den enskildes behov. Goda möjligheter till utveckling i arbetet skall finnas vilket inbegriper delaktighet och engagemang, tillfälle att fördjupa och utveckla sina yrkeskunskaper och att få använda sin individuella kompetens.

#### 4. PEDAGOGISKA FORMER

I ”Utvecklingsprojekt avseende kompetensutveckling för sjuksköterskor/distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i kommunernas hälso- och sjukvård-K2” Familjemedicinska institutet 2005 beskrivs olika former av lärande.

- **Formellt lärande** (kurser, konferenser etc. med planerat innehåll)
- **Icke formellt lärande** (där innehållet inte alltid är förutbestämt- t.ex. självstudier på arbetstid som enskild läsning och datasökning för att skaffa kliniskt beslutsstöd, studiecirklar, FQ-gruppen/kollegiala grupper, arbetsplatsbesök)
- **Informellt lärande** (lärandet som sker i den egna vardagen utan att man egentligen tänker på det som lärande, t.ex. genom reflektion kring det egna patientfallet)

#### 5. MEDARBETARSAMTALET

##### Ledning

*I löneavtalet för kommuner och landsting kan man läsa:*

Chefer och ledare skall ha ett tydligt och uttalat ansvar för utveckling av verksamhetens kvalitet och för personalens utveckling. I ansvaret ingår att följa forskningen samt värdera och stödja användningen av FoU-resultat. Medarbetarsamtal minst en gång om året är bl.a. medel för medarbetarnas kompetens, löne- och yrkesutveckling.

##### Medarbetarnas kompetens är avgörande

Medarbetarnas kompetens är avgörande för verksamhetens kvalitet. Den enskilde skall ta ansvar för men också ges möjligheter till att utveckla sin kompetens. Kompetens definieras i SOU 1991:56 som ” förmågan att klara de olika krav som ställs i en viss situation i en viss verksamhet”. Kompetenskraven måste därför sättas i relation till de uppgifter som personalen har att lösa, och de förutsättningar som ges. Dessutom behövs, viljan, kunskapen och motivationen för att lösa dessa uppgifter och därmed skaffa sig kompetens. Förändringar i omvärlden påverkar också vården och omsorgen och därmed ändras också kraven på kompetens.

## 6. FÖRSLAG TILL GEMENSAM STRATEGI – TIDSPLAN

1. De tre yrkesgrupperna kommer att följa: ”Riktlinjer för kompetensutveckling, Sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor i Hallstahammars kommun”
2. Vi kommer att använda oss av gemensamt flödesschema.
3. Utbildning mellan yrkesgrupperna 1 ggr./halvår med ett givet tema som är taget från behovsanalysen.
4. Schemalagd tid minst 2 timmar/månad för egen personlig kompetensutveckling.
5. Återkoppling av information/utbildning sker minst 6 ggr/år inom varje yrkesgrupp.
6. Arbetsgruppen K2 i Hallstahammar träffas 1 ggr/år och går igenom de på nytt gjorda behovsanalyserna. Gruppen lägger därefter upp ny strategi för nytt år.
7. Arbetsgruppen är också ansvarig för att bevaka kompetensutvecklingen enligt kompetensutvecklingsplan.

## 7. GEMENSAMT FLÖDESSCHEMA KOMPETENSUTVECKLING

1. Arbetsgivaren, verksamhetschefen har medarbetarsamtal, och kartlägger då vilken kompetens och vilket intresse som finns i personalgruppen som är till gagn för verksamheten.  
Medarbetaren lämnar förslag på utbildningar inom intresseområdet.  
Det kan vara både formellt (poängkurser eller andra utbildningar) och ickeformellt, tex. självstudier, studiebesök mm. Kan även gälla informellt lärande.
2. Verksamhetschef samt arbetsgrupp K2 sitter tillsammans och gör strategier, planerar hur kompetensen som finns i gruppen kan användas, samt hur den nya kompetensen skall förvärfvas. I detta arbete används den behovsanalys som gjorts tidigare.  
Behovsanalysen uppdateras varje år inför medarbetarsamtalen.
3. När kompetensen är kartlagd skall medarbetaren föra tillbaka kompetensen till verksamheten. Detta kan ske, t ex i form av studiecirklar, att föreläsare bjuds in, eller att man är konsult i den spetskompetens som har erhållits.
4. I lönesamtalet skall de olika spetskompetenserna speglas.
5. Arbetsgruppen tillsammans med verksamhetschefen följer upp och utvärderar arbetet i verksamheten.
6. Verksamhetschefen informerar vidare uppåt i socialnämnden om det arbete med kompetensutveckling som sker i verksamheten.

Detta flödesschema skall ständigt vara i rörelse i alla led och följas upp och utvärderas.

## **8. FÖRSLAG TILL STRATEGIER för kompetensutveckling för sjuksköterskor**

I Hallstahammars kommun finns riktlinjer för kompetensutveckling som vi vill arbeta vidare med. Vårt förslag är att vidareutveckla dessa riktlinjer till ett praktiskt och konkret hjälpmedel som ska kunna användas vid de årliga medarbetarsamtalen.

Vi har arbetat fram ett flödesschema för att få struktur och hjälp med hur vårt kompetensarbete skall fortlöpa, se flödesschema.

Utifrån behovsanalysen har vi valt ut 4 områden som vi har tänkt börja med. I dessa områden har vi redan en del kunskaper, därför tror vi att det är bra att starta med dessa. Vi kommer att successivt utöka ämnena i samband med uppdatering av behovsanalysen.

Vi har som förslag att tid skall avsättas för fördjupning i ämnena, 2 tim/månad.

Presentation av ämnena för i första hand andra sjuksköterskor 1 em/varannan mån. Dessa möten skall klassas som andra obligatoriska möten, vikarier skall sättas in. Upplägget kommer att vara valfritt för den som håller i informationen, inbjudan med dagordning skall skickas ut.

## **9. FÖRSLAG TILL STRATEGIER**

### **för kompetensutveckling för arbetsterapeuter**

Verksamhetens mål:

Enligt socialtjänstlagen finns effekt mål det är satta mellan (2003-2007), där det står att vi skall arbeta mot eget boende och ge ökat välbefinnande, gemenskap och trygghet för alla. Vi ska förebygga, upprätthålla och förbättra patienters funktionstillstånd.

Enligt socialförvaltningen inom vård- och omsorg är vi ansvariga för stöd att bo kvar i hemmet.

Arbetsterapeuternas ansvar inom verksamheten är att rehabilitera äldre och handikappade med funktionsnedsättning.

Enligt den lokala verksamhetsplanen (2004) för hemrehabitenheten finns ett inriktningsmål, där ökade möjligheter för äldre och funktionshindrade att bo kvar i eget boende så långt det är möjligt skall ges. Verksamhetens mål är också att bedriva förebyggande åtgärder genom t e x gruppverksamheter exempelvis social grupp, rörelsegrupp och strokegrupp. Samt tillgodose behov av arbetsterapeutiska insatser i särskilda boendeformer.

Vi har valt att utarbeta en strategi för dessa områden i syfte att tillgodose verksamhetens mål:

1. Demens
2. Kommunikation
- 3.Handledning

Ett område i taget prioriteras och behandlas i ca 6 månader.

Strategi:

1. Upptakt för kompetensutveckling. Extern utbildning alternativt externa föreläsare inbjuds.
2. Start av studiecirkel utifrån arbetsterapeutiskt synsätt alternativt gemensamt med andra paramedicinare och vårdpersonal. Exempelvis 1 halvdag/månad.
3. Schema lagd tid 2 tim/mån för informellt lärande rörande valt ämne.
4. Auskultation heldag för ytterligare fördjupning av kunskaper.
5. Presentation för hemrehab teamet av inhämtad kompetens. Minst 6 ggr per år.
6. Utvärdering tillsammans med kollegor en gång per halvår.

## 10. FÖRSLAG TILL STRATEGIER

### för kompetensutveckling för sjukgymnaster

#### **Mål:**

Enligt socialtjänstlagen finns det effektmål (2003-2007), där det står att vi skall arbeta mot eget boende och ge ökat välbefinnande, gemenskap och trygghet för alla. Vi ska förebygga, upprätthålla och förbättra patienters funktionstillstånd.

Enligt socialförvaltningen inom vård- och omsorg är vi ansvariga för stöd att bo kvar i hemmet.

Sjukgymnasternas ansvar i verksamheten är att rehabilitera äldre och handikappade med funktionsnedsättning.

Enligt den lokala verksamhetsplanen (2004) för hemrehabiliteringen finns ett inriktningsmål, där ökade möjligheter för äldre och funktionshindrade att bo kvar i eget boende så långt det är möjligt skall ges. Verksamheten satsar på förebyggande åtgärder genom tex gruppverksamheter såsom social grupp, rörelsegrupp och strokegrupp. Sjukgymnasterna är även ansvariga för korttidsboendet Gnistan och tre äldreboenden.

#### **Ansvar:**

Vi ger förslag om vilken grundkompetens sjukgymnaster i kommunen bör ha och vilka strategier med tidsåtgång vi önskar till kompetensutveckling utefter behovsanalysen. Denna bör förankras hos arbetsgivaren och sedan är det individens ansvar att se till att den genomförs. Vi väljer en sjukgymnast som är sammankallande och ser till att planen följs.

#### **Verksamhetens behov:**

Att samarbeta mellan yrkeskategorierna internt och externt.

#### **Pedagogiska former:**

##### *Formellt lärande:*

Geriatrisk och gerontologisk utbildning 5 poäng i Uppsala för en sjg. inom 2 år

##### *Icke formellt lärande:*

Internutbildningar mellan och över yrkesgränserna tex. demensutbildning av SSK 1 ggr./halvår

Demensföreläsning för alla 3 sjukgymnasterna i Stockholm inom 1 år.

KAK och länsträffar med andra sjukgymnaster med olika teman ca. 1 ggr./år.

Sjukgymnastmöten 1ggr/månad ca. 2 timmar för att delge varandra och det vi läst tex. i Medline eller andra internetsökningar.

När sjukgymnast har gått någon utb. delges detta hela teamet minst 6 ggr./år.

##### *Informellt lärande:*

Handleda varandra (sj.g).

Auskultationer på sjukhus regelbundet ca. 1 ggr./halvår tex. ortopedin.

**Planering och samordning:**

A Gemensamma möten 1 ggr./år.

Pärm eller mapp på datorn anordnas där allas kompetens samlas och revideras och ändras efter utvecklingssamtal.

B Sjukgymnastträffar 1ggr/månad.

C Individen ges tid av chef att avsätta minst 2 timmar/månaden. För egen kompetensutveckling tex. söka via Internet osv.

Kommer att arbeta efter flödesschema likadant som övriga leg. yrkesgrupper.

**Tid:**

*Kommer att genomföras till augusti 2006:*

Handleda och auskultera hos varandra (sjg).

Auskultation på ortopedien.

Sjukgymnastträffar 1 ggr/månad, där intagen information från tex internet diskuteras.

**Finansiering:**

Det finns reserverade utbildningspengar för ett år för våran verksamhet. Förslag att satsa på en person till kurs som sedan redovisar för övriga gruppen.

Prioritera icke formellt- och informellt lärande.

**Uppföljning:**

Arbetsgruppen träffas 1 ggr./år.

Behovsanalysen bör följas upp, utvärderas och göras om efter utvecklingssamtal med arbetsgivaren. Den bör också förankras hos arbetsgivaren.

Förslag till grundkompetens för sjukgymnaster som arbetar inom kommunen bör förankras hos arbetsgivaren (enl. sjukgymnasters behovsanalys):

Legitimation, geriatrik, gerontologi, pedagogik, TENS, datakunskap, neurologi och forskrivningsrätt till hjälpmedel från hjälpmedelscentrum.

## 11. FORMELL KOMPETENS - utbildning och erfarenhet

Namn:..... Pnr:.....

Utbildning	År
Legitimerad	
Vidareutbildningar inom yrket	
Övriga utbildningar	

Erfarenhet
Antal år i yrket
Övrig yrkeserfarenhet (ange vad och antal år)
Medverkan i ”projekt”/utvecklingsarbete (ange vad) inom verksamhetsområdet
Övriga uppdrag och åtaganden

## 12. INDIVIDUELL KOMPETENSUTVECKLINGSPLAN

Namn:..... Pnr:.....

Nulägesbeskrivning:.....  
.....  
.....

Målsättning (vad ska uppnås): .....  
.....  
.....

Metod/åtgärd (hur skall målet nås):  
.....  
.....  
.....

Tidsplan:.....  
.....  
.....

Uppföljning:

- Uppnådd kompetens:.....  
.....  
.....

- Effekt på verksamheten:.....  
.....  
.....

Datum:.....

.....  
Underskrift medarbetare

.....  
Underskrift chef



**Göteborgs Stad**  
Högsbo

Äldreomsorgen

2006-02-06

Rev. 2006-03-24

## **Förslag till "Kompetensutvecklings modell" och strategier.**

Framtagen av arbetsgruppen nedan:

Anne-Marie Almtén	ssk, , pallitiva teamet,hemsjukvården
Eva Magnusson	ssk, basala teamet, hemsjukvården
Abbas Chaleshtori	sj.g. hemsjukvården
Ewa-Marie Wörnu	ssk, äldreomsorgen
Soheila Movasgh	sj.g, äldreomsorgen
Peter Leissner	ssk, äldreomsorgen

Ann-Kristin Andersson, Pl .1 äldreomsorgen-projektledare Fammi  
Med stöd av styrgruppen

---

Göteborgs Stad Högsbo  
Box 16  
421 21 Västra Frölunda

Besöksadress: Nymilsgatan 2  
[www.hogsbo.goteborg.se](http://www.hogsbo.goteborg.se)

Telefon: 031-366 00 00  
Telefax: 031-366 00 05  
[hogsbo@hogsbo.goteborg.se](mailto:hogsbo@hogsbo.goteborg.se)

---

---

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING:

Inledning

DEL 1:

Bakgrund och fakta

---

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| 1. Verksamhet             |  |
| 1.1                       | Målgrupp   |
| 1.1.1                     | Äldreomsorg  |
| 1.1.2                     | Hemsjukvård  |
| 1.2                       | Gemensamma mål för verksamheten                                |
| 2. Projektgruppens arbete |  |
| 2.1                       | Mål för kompetensutveckling                                    |
| 2.2                       | Vilka är problemen med nuvarande kompetensutveckling?          |
| 2.3                       | Hur kan dessa problem lösas?                                   |
| 2.4                       | Sambandet mellan kvalitetsförbättring och kompetensförbättring |
| 2.5                       | Vilka vinster kan förväntas totalt?                            |
| 3. Definitioner           |  |
| 3.1                       | Kompetens  |
| 3.2                       | Kompetensutveckling  |
| 3.3                       | Handledning och reflektion                                     |
- 

DEL 2:

Struktur för Kompetensutveckling

---

- |                 |                                     |
|-----------------|-------------------------------------|
| 1. Ansvar       |                                     |
| 1.1             | Politikerna                         |
| 1.2             | Verksamhetschefer/arbetsgivaren     |
| 1.3             | Närmaste chef                       |
| 1.4             | Individen                           |
| 1.5             | Universitet och högskolor           |
| 2. Pedagogik    |                                     |
| 2.1             | Nivåer                              |
| 2.2             | Metoder                             |
| 3. Audit        |                                     |
| 4. Utbudet      |                                     |
| 5. Organisation | Arbetsgrupp för kompetensutveckling |
| 6. Uppföljning  |                                     |
| 7. Finansiering |                                     |

Referenser

---

I arbetet med att ta fram förslaget har 6 representanter för de legitimerade personalgrupperna inom Äldreomsorg och Hemsjukvård verksamma i SDF Högsbo utgjort arbetsgrupp. Gruppen har haft mandat att summera utifrån frågeställningarnas resultat, vilket delgetts och implementerats i respektive verksamhet. Detta underlag är värdefullt inför lokala diskussioner och beslut om satsningar på fortbildning och kvalitetsförbättring.

## ***Del I      BAKGRUND OCH FAKTA***

### **1      Verksamhet**

#### **1.1    Målgrupper**

##### **1.1.1   Äldreomsorg**

Den legitimerade personalens målgrupp är äldre som har beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen i form av:

- särskilt boende med somatisk inriktning
- särskilt boende med demensinriktning
- särskilt boende med psykiatrisk inriktning
- korttidsplats för utredning, eftervård, rehabilitering eller avlösning av anhöriga

##### **1.1.2   Hemsjukvård**

Hemsjukvårdens målgrupp är personer i alla åldrar som får hälso- och sjukvårdsinsatser i sitt hem i form av:

- basal sjukvård
- palliativ vård
- rehabilitering

#### **1.2    Gemensamma mål för verksamheterna**

- Högsbobor som önskar bo kvar hemma även vid omfattande behov av vård och omsorg ska ges sådan möjlighet
- Att erbjuda en god och säker vård.
- Vården skall vara trygg, säker och av god kvalitet och tillgodose den enskildes behov
- Högsbobor som tar del av äldreomsorgens tjänster ska vara minst lika nöjda med den trygghet och de möjligheter till inflytande som verksamheten kan ge som genomsnittet för hela Göteborg
- Anställda skall ha den kompetens som krävs för att uppfylla verksamhetens mål och utföra ett bra arbete. Det är av yttersta vikt att det kontinuerligt utförs kompetensutveckling och fortbildning för personalen.
- Alla medarbetare bör ha en gemensam värdegrund där professionalism och etik är viktiga delar.

## 2 Projektgruppens arbete

### 2.1 Mål för kompetens och kompetensutveckling

Målet är att kunna ge en god och säker vård för den äldre vårdtagaren genom god egen kompetens samt förmåga att handleda omsorgspersonalen. Kompetensutvecklingen behöver omfatta **kompetensförstärkning** (att utföra saker rätt) och **kompetensförnyelse** (att utföra rätt saker).

### 2.2 Vilka är problemen med nuvarande kompetensutveckling?

Utifrån enkätresultatet, diskussioner i arbetsgruppen och med övriga kollegor framkom att den legitimerade personalen upplever problem av varierande grad inom följande områden:

- Saknas mål och strategi,
- Saknas behovsanalys utifrån verksamhetens behov
- Pedagogik används ex lärarstyrd utbildning trots att interaktivitet har visat sig vara betydligt mer effektiv.
- Tid för kompetensutveckling finns ej avsatt
- Stödstrukturer (organisation och ledning) saknas
- Finansiering, är bristfällig eller saknas
- Kommersiella krafter kan bli styrande genom t ex ”färdiga” kurser, utbildningserbjudanden från läkemedelsföretag och hjälpmedelsleverantörer
- Uppföljning och utvärdering saknas

### 2.3 Hur kan dessa problem lösas?

Tydliga strategier och mål för kompetensutveckling med utgångspunkt i verksamhetens mål och behov bör formuleras både gemensamt och lokalt för de olika personalgrupperna. Arbetsorganisationen måste möjliggöra kompetensutveckling och uppföljning så att kompetensutveckling synliggörs i den dagliga verksamheten genom utrymme dvs. tid och plats på olika möten och egen tid. I samband med utvecklingssamtal bör en individuell utvecklingsplan upprättas. Genomförda kompetensutvecklingsinsatser och resultatet av dem bör beskrivas i verksamhetsberättelsen.

Arbetsmiljön måste utformas så att reflektion, erfarenhetsutbyte och lärande gynnas och tid avsätts. Pedagogiken bör i större utsträckning bygga på evidens om olika lärometoders effektivitet och innehållet på analys av behov för kompetensutveckling.

### 2.4 Sambandet mellan kvalitetsförbättring och kompetensutveckling

Ett systematiskt kvalitetsarbete leder ofta till att behov av kompetensutveckling synliggörs. På samma sätt leder ökad kompetens lika ofta till att förbättringsområden inom verksamheten uppmärksammas. Det är därför viktigt att se och arbeta integrerat med kvalitetsarbete och kompetensutveckling, t ex genom att samla in data, jämföra med uppsatta mål och evidensbaserade underlag och ur detta söka åstadkomma förbättring. Matrisen för behovsanalysen à la Fammi samt underlag ur omvårdnadsdokumentationen kan vara exempel på sätt att samla in data och analysera det praktiska handlandet. Utifrån detta underlag smida och verkställa planer med tids-, handlings-, uppföljnings- och revidering för såväl verksamhetsförbättringar som kompetensutveckling.

## 2.5 Vilka vinster kan förväntas totalt?

De legitimerade personalgruppernas kompetens motsvarar på ett optimalt sätt målgruppernas behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och kompetensutvecklingen sker i överensstämmelse med förändringar i målgrupperna (patienterna). Utvecklingsmöjligheter bidrar även starkt till bättre arbetsmiljö och kan troligen minska risken för utbrändhet och sjukfrånvaro. Förekomst av möjligheter till kompetensutveckling anses öka förmågan till nyrekrytering och möjligheten att behålla värdefull personal. Investeringar i kommunala hälso- och sjukvårdens humankapital kan förväntas förbättra ekonomin. Beslut som fattas av välutbildad personal i kommunala hälso- och sjukvården ger snabbare och mer ändamålsenlig handläggning och leder till minskat utnyttjandet av högspecialiserad vård.

## 3 Definitioner

### 3.1 Kompetens

Kompetens är en individs eller ett kollektivs förmåga att utföra specifika aktiviteter eller uppgifter. Enligt Per-Erik Ellström, professor i pedagogik vid Linköpings universitet är kompetens en individs potentiella handlingsförmåga i relation till en viss uppgift, situation eller ett visst sammanhang, närmare bestämt förmågan att framgångsrikt utföra ett arbete, inklusive förmågan att identifiera, utnyttja och om möjligt utvidga det tolknings-, handlings- och värderingsutrymme som arbetet erbjuder.

### 3.2 Kompetensutveckling

I linje med den definition Ellström gör av kompetens kan kompetensutveckling definieras som ”de åtgärder vars syfte är att **öka** individens potentiella handlingsförmåga i relation till en specifik uppgift, situation eller kontext”.

Med kompetensutveckling avses i detta dokument det lärande som avser att utveckla förmågan att hantera de uppgifter som individen ställs inför i sitt ordinarie arbete.

De nya kunskaperna och färdigheterna ska komma till uttryck i praktiskt arbete, användas på ett professionellt sätt och anpassas till unika vårdtagare. Kompetens införskaffas genom erfarenhet i den egna praktiken kopplat till reflektion. Paul Moxnes reflektionsmodell är användbar här. Han betonar handlingen som den ena viktiga utgångspunkten och reflektionen som den andra. (Moxnes 1984, s 59) Kompetensutveckling kopplas till den egna praktiken och till en analys av vårdens kvalitet med dess brister och förtjänster. Det vårdtagarna förmedlar och vad de upplever bör i betydligt större utsträckning än idag användas för att styra medarbetarnas kompetensutveckling.

Kompetensutveckling kan sägas innehålla två olika komponenter: kompetensförstärkning och kompetensförnyelse. **Kompetensförstärkning**, dvs. att bli kunnigare och skickligare på att utföra de ordinarie arbetsuppgifterna kan vara nog så viktigt, men är inte tillräckligt. För att vården skall kunna utvecklas krävs dessutom **kompetensförnyelse**, vilket innebär att skaffa sig förmåga att inte bara klara de löpande arbetsuppgifterna utan även kunna ta sig an nya uppgifter och oväntade problem som kan uppstå. För att kompetensförnyelse skall kunna ske fordras att man ifrågasätter ”det givna”, vilket sker genom kritisk reflektion och kollegial dialog. Reflektion leder till förändrad uppfattning och omtolkning av uppgifter och problem och av de förutsättningar som finns. Gäller inte bara att utföra saker på rätt sätt utan också att utföra rätt saker. Dvs. en ökad förståelse av den egna arbetssituationen och av omvärlden, en förståelse som är grundförutsättningen för utveckling och lärande i arbetslivet.

Det handlar alltså mindre om att öka kunskapsmassan hos dem som arbetar i hälso- och sjukvård än om att skapa en ökad förståelse av vad egentligen arbetet med vårdtagarna består i och hur kvaliteten i vården skall kunna förbättras. Då inses att kompetensutveckling alltid måste utgå från den praktiska verksamheten och ha som mål att skapa bättre omvårdnad och vård, inte enbart syfta till att den enskilda individen skall bli kunnigare. Inriktningen av kompetensutveckling bör också i hög grad fokuseras på det som inte fungerar i den vardagliga verksamheten, inte på att förbättra det som redan fungerar tillfredställande. Struktur måste stödja reflektion i det praktiska arbetet och underlätta den kollegiala dialogen.

### **3.3 Handledning och reflektion**

I handledningen utvecklas kompetensen genom reflektion kring ett fenomen. Här används reflektionen genom att den handledde får tänka igenom en händelse och den upplevelse den medförde. För att kunna göra en medveten bearbetning av händelsen relateras detta därefter till det paradig som professionen innehar. Tankeprocessen inbegriper både intellektuella och känslomässiga aktiviteter. Genom att få verbalisera tanken leder den till ny förståelse och insikt .

## ***Del 2 Struktur för kompetensutveckling***

De strukturer för kompetensutveckling som föreslås i detta dokument är avsedda att kunna användas av samtliga yrkesgrupper inom Högsbos Äldreomsorgs hälso- och sjukvård. De medarbetare som ingår i en profession har dock ett särskilt ansvar som regleras i lagar och avtal och har dessutom ett ansvar att upprätthålla och utveckla den egna professionen. Behoven av kompetensutveckling varierar mellan olika yrkesgrupper och mellan olika typer av verksamheter. Förslaget bör ses som en utgångspunkt med möjlighet till anpassning till olika professioner och olika lokala förhållanden.

Förslag till beskrivning av en lämplig struktur för kompetensutveckling för verksamheterna utefter dess egna behov och möjligheter snart bör komma till stånd. De som bidragit med synpunkter och underlag till arbetsgruppen är kolleger och chefer vilka processat utifrån Fammi - frågeställningar och arbetsuppgifter. I den modell för fortbildning som föreslås ingår förslag till stödstrukturer dvs. organisationen kring strategiskt - hur göra vad och när?. Samt vem gör vad?

## **1 Ansvar**

### **1.1 Politikerna**

Politikerna ansvarar för besluten omfattande att tillvarata befolkningens övergripande intressen samt fastställa övergripande mål för verksamheten och att ställa medel för verksamheten till förfogande.

### **1.2 Verksamhetschefen/arbetsgivaren**

Verksamhetschefens ansvar är att formulera mål för verksamheten, uppskatta verksamhetens behov och de anställdas behov av kompetensutveckling. Upprätta övergripande kompetensutvecklingsplan och tillhandahålla tillräckliga medel inom den tilldelade budgeten,

skapa nödvändiga strukturer och processer samt stödja, uppmuntra och följa upp kompetensutvecklingen.

Enligt författningarna; Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård svarar för att den personal som skall utföra olika arbetsuppgifter har erforderlig kompetens för detta.(§ ? författningshandboken)

## **1.2 Närmaste chef**

Den anställdes närmaste chef ska i det årliga utvecklingssamtalet diskutera behov och önskemål om kompetensutveckling samt upprätta en individuell kompetensutvecklingsplan.

Närmaste chef har ansvar för att individen ges utrymme/tid att föra ut kunskap till kollegor och andra personalgrupper. Ges tid.

## **1.3 Individen**

Individens ansvar är att analysera, värdera och beskriva egna behov av kompetensutveckling. Detta bör ske dels i dialog med andra kollegor och dels genom att individen utvärderar sin egen praktik. Individen bör sträva efter att tillägna sig kompetens på ett effektivt sätt utgående från verksamhetens mål och det uppdrag individen har. I det årliga utvecklingssamtalet ska individen tillsammans med sin chef utvärdera och revidera i sin kompetensutvecklingsplan. Planering av behov och uppföljning av genomförd kompetensutveckling kan bland annat ske genom användandet av personliga ”läro”planer och andra portfolio. Individen har ett ansvar att föra ut ny kunskap till kollegor och andra, så att kunskapen inte stannar kvar bara hos den individen, vilket förtar effekten av hela kompetensutvecklingen

## **1.4 Universitetens och högskolornas**

Universitet och högskolor har till uppgift att stå för forskning och teoretisk utbildning.

# **2 Pedagogik**

## **2.1 Nivåer**

Det är viktigt att ett system för kompetensutveckling ger utrymme för olika nivåer av lärande

- tillvaratagandet av de oplanerade läromoment som finns t ex i den löpande verksamheten (informellt lärande)
- självstudier, studiecirkel (icke-formellt lärande)
- planerade kurser, föreläsningar (formellt lärande).

## **2.2 Metoder**

- Smågruppbaseade metoder (nätverk, handledargrupper) och/eller ömsesidiga kollegiala besök skall därvid utgöra ett väsentligt inslag i kompetensutvecklingen.
- Kurser och andra externa aktiviteter (formellt lärande) bör innehålla problem- eller uppgiftsbaserade, självstyrda och interaktiva moment där vardagsarbetet bildar utgångspunkt.
- Handledning, stöd av kollegor med spetskompetens .
- Didaktiska moment, dvs. katedral föreläsningar, faktaförmedling och konferenser utgör komplement till det självstyrande problem- och uppgiftsbaserade lärandet.

### 3 Audit

Med auditmetoder kan man i grupp eller enskilt på ett enkelt och systematiskt sätt granska delar av den egna verksamheten. Reflektion tillsammans med kollegor om det man gör i praktiken som leder till utveckling. Att delta i en audit innebär att granska sitt eget eller gruppens sätt att arbeta i vardagspraktiken. Metoden är särskilt lämplig då det gäller att belysa ofta förekommande frågeställningar.

Att strategiskt utforma speciella **kunskapsöar** med specifikt uppdaterad kompetent personal med ansvarsområden. Har ansvar och befogenheter med uppdraget att sprida kunskap och vid behov konsulteras till egna eller annan verksamhet i SDF Högsbo. Vg se Aktivitetsplan

### 4 Utbudet

#### Kompetensutveckling på den egna arbetsplatsen

Kompetensutveckling ska ske utifrån den individuella utvecklingsplanen, vilken utgår från verksamhetens behov. Vardagens läromoment tillvaratas vilket kräver tid för diskussion, reflektion, handledning och rådgivning. Aktiv medverkan och delaktighet i planering och uppföljning möjliggörs på Tex. arbetsplatsträffar . Uppdraget tydliggörs och förväntningar verbaliseras.

- Varje arbetsplats skall ha en kompetensutvecklingsplan. Dessa dokument skall utgöra en del av verksamhetsberättelsen. Medarbetarnas egna initiativ till aktiviteter för individuell och tvärprofessionell kompetensutveckling bör stödjas
- På varje arbetsplats skall också finnas en skriftlig plan för introduktion av nyanställd personal samt plan för handledning av studenter.
- Ansvaret för att åstadkomma detta ligger på verksamhetens ledning.
- Strategiskt forma och arbeta utifrån speciella **kunskapsöar** med specifikt kompetent personal som har ansvar för och håller sig uppdaterade inom sitt ansvarsområde. I uppdraget ingår att sprida kunskap och vid behov konsulteras.
- Tid för reflektion

se även under avsnittet 6. Uppföljning

### 5. Organisation

#### Arbetsgrupp för kompetensutveckling .

- **Arbetsgruppen** sammansatt av leg. Personal tvärprofessionellt -tvärsektoriellt med mandat att föra fram behov och förslag till kompetensutvecklingsåtgärder inom Äldreomsorg och Hemsjukvård i SDF Högsbo. Träff ca två tillfällen per termin. I syfte att utifrån behovsanalys och kartläggning analysera, utvärdera, revidera och samplanera mot de gemensamma målen i vardera Äldreomsorgens och Hemsjukvårdens kompetensutvecklingsplan. Framtaget underlag presenteras för respektive verksamhets chef , enhetschefer , MAS och MAR inför respektive verksamhetsplan arbete, kompetensutvecklingsplaner på såväl enhet som individnivå .

**Kompetensförstärkning** (att utföra saker rätt) och **kompetensförnyelse** (att utföra rätt saker) för på detta sätt spridning genom de broar som byggs via

- Kunskaps öar v.g se Aktivitetsplan
- Ombud per kompetensområde
- Nätverk
- Vård och omsorgspersonalen

## 6. Uppföljning

- Individuellt
- Återkopplingen till arbetsgivaren ska ske i utvecklingssamtalen som kopplas till kompetensutvecklingsplanen. Detta sker en gång/år.
- Närmste chefen checkar av i behovsanalysen att utvecklingen går åt rätt håll och håller lagom ”styrfart”. Följer sedan upp detta i verksamhetsplanen.
- Kolleger
- Återkoppling till kolleger skulle kunna genomföras som en del av kompetensutvecklingen på arbetsplatsen där man avsatt tid och skapat forum för diskussion och rapportering från olika utbildningar, kurser etc. Kanske skulle en sådan rapportering kunna ligga som ett krav när man söker kompetensutveckling olika kurser, utbildning.
- Brukarna/patienter
- Gruppchef kontinuerligt utvärderar kompetensutvecklingen gentemot verksamhetens mål, mot Nöjd Kund Index ( NKI) och Nöjd Anhörig Index( NAI), klagomålshantering och avvikelser.
- Högsbos ”nutritionprojekt” v.g se Aktivitetsplanen, kommer att utvärderas inom ramen för det särskilda utvärderingsprojekt för Kompetensstegen i Göteborg. Utvärderingen kommer att ske på tre sätt:
- Kvalitetsinstrumentet, dvs de årliga brukar- och medarbetarenkäterna
- Självvärderingar
- Extern utvärdering i samarbete med FoU i Väst/GR

Se även under avsnittet 4 Utbudet: Kompetensutveckling på den egna arbetsplatsen

## 7. Finansiering

- Tillhandahållandet av tillräckliga medel för kompetensutveckling är arbetsgivarens uppgift.
- Den kompetensutveckling som äger rum på arbetsplatsen finansieras av den egna verksamheten.
- Finansieringen av externa kurser och aktiviteter kan stimuleras av långsiktiga externa bidragsmedel. T.ex. Inom ramen för Kompetensstegen

### ***Referenser:***

- Kolleger från respektive Hemsjukvården och äldreomsorgen i SDF Högsbo
- Verksamhetschefer enhetschefer MAS och MAR inom Äldreomsorgen och Hemsjukvården i SDF Högsbo
- Fammi
- Fammirapport: Struktur för kompetensutveckling inom primärvården 2004
  
- Per-Erik Ellström, professor i pedagogik vid Linköpings universitet.
  
- Paul Moxnes reflektionsmodell

Sammanställt av Ann-Kristin Andersson Planeringsledare i äldreomsorgen SDF Högsbo  
(projektledare i Fammi-projektet)



## **AKTIVITETSPLAN för "kunskaps ön" NUTRITION**

Ur föreslagen  
Kompetensutvecklings modell

### **Framtagen av arbetsgruppen**

Anne-Marie Almtén	ssk, pallitiva teamet hemsjukvården,
Eva Magnusson	ssk, basteamet hemsjukvården ,
Abbas Chaleshtori	sj.g. hemsjukvården
Ewa-Marie Wörnu	ssk, äldreomsorgen
Soheila Movasgh	sj.g, äldreomsorgen
Peter Leissner	ssk, äldreomsorgen

Ann-Kristin Andersson Pl .1 äldreomsorgen-projektledare Fammi

Med stöd av

Styrgruppen : MAS Eva Franzén, VC Eva Larsson inom äldreomsorgen samt VC Anna-Beata Cronsten inom hemsjukvården

## ”KUNSKAPS ÖN” N U T R I T I O N

En kunskapsö är en grupp legitimerad personal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster från äldreomsorgen och hemsjukvården som har fördjupad kunskap inom ett specifikt område t ex nutrition. Kunskapsöns uppdrag är att hålla sig à jour med kunskap och utveckling inom området och att förmedla vidare till kollegor och övrig personal.

### **Bakgrund:**

Fammi arbetuppgift 3.

Utifrån det framtagna underlaget i kompetensutvecklingsmodellen prioritera och pröva den i denna aktivitet.

Behovsanalysen som under hösten 2005 arbetats fram inom äldreomsorgen och hemsjukvårdens leg. grupper i SDF Högsbo, visade att nutrition var ett av de ämnesområden som förenade dvs var gemensamt förbättringsfokus. I samråd med styrgruppen beslöts att arbeta fram en aktivitetsplan .Under 2006 tvärprofessionellt och tvärsektoriellt planera och verkställa **kompetensförstärkning** (att utföra saker rätt) och **kompetensförnya** (att utföra rätt saker)inom ämnesområdet nutrition.

### **Nutritionprojekt inom ramen för Kompetensstegen**

Projektet har sin bakgrund i att Göteborgs stad utarbetat ett kostprogram för verksamheterna, som stadsdelsnämnden Högsbo beslutat om för stadsdelens verksamhet. För att implementera kostprogrammet och öka kunskapen om måltidens betydelse genomför vi från och med vt-06 ett projekt i flera steg inom ramen för kompetensstegen.

1. Föreläsning för all personal inom äldreomsorgen (ca 500) i SDF Högsbo
2. Genombrottsprojekt ”Mat och hälsa för äldre”, ett team från Högsbotorpshemmet deltar 2006 och ett team från Gerdas Gård deltar 2007.
3. På varje arbetsplats utses kostombud bland omsorgspersonalen som får en fördjupningsutbildning (ca 12 timmar). I denna utbildning deltar när det gäller hemtjänsten även gruppchefer och biståndsbedömare.
4. Kostombuden får också en pedagogisk del (ca 8 timmar)
5. Fördjupningsutbildning för medlemmarna i kunskapsön nutrition, se nedan
6. Nätverksträffar för kostombuden och kunskapsön nutrition var för sig och tillsammans för erfarenhetsutbyte och kunskapspåfyllnad.

### **Mål för aktivitetsplanen:**

Den äldre boende i Högsbo ska få en god och säker vård ur ett nutritionsperspektiv.

Den legitimerade personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården får en ökad kunskap för att i tid upptäcka patienter i riskzonen, minimera risken för undernäring för den enskilde.

Handleda och stödja personalen inför vård och omsorg av patienten.

## **Syfte:**

Genom öka kunskap/kompetens tillsammans få en säkrare och tryggare rehabiliterings och vårdpersonal i syfte att påverka upplevelsen/effekt för de äldre avseende på måltiden, nutrition och livskvalitet.

## **Fördjupningsutbildning för kunskapsön nutrition .**

(Innehåll från det som framkommit i behovsanalyserna)

Innan fördjupningsutbildningen har medlemmarna i kunskapsön deltagit i utbildning enligt punkterna 1 och 3 ovan.

Ur perspektiven omsorg – och omvårdnad, såväl fysiskt, psykiskt, socialt, andligt se den äldre människan ur ett holistiskt perspektiv, sprunget ur den enskildes unika behov och historia.

Den fördjupade kunskapsutbildningen för den legitimerade hälso-och sjukvårdspersonalen inom ämnesområdet nutrition bör fokuseras på nutrition i samband med olika sjukdomstillstånd.

Detta innebär fördjupade teoretiska kunskaper inom

- Näringslära, specialkost, nutrition i samband med olika sjukdomstillstånd mm
- Hur riskanalys för att förebygga undernäring skall genomföras och användas i praktiken, se vidare ” Riktlinjer för att förebygga undernäring inom den kommunala hälso-och sjukvården”
- Praktiska kunskaper inom  
Tekniska hjälpmedel, PEG-hantering mm
- Det ingår i uppdraget för den legitimerade personalen att ordinera lämpliga omvårdnads/rehabåtgärder samt att handleda och stödja personalen inför vård och omsorgen av patienten . Det finns behov av få en ökad kunskap och beredskap i detta uppdrag nämligen rustas inom pedagogik/didaktik : ställa frågorna om vad, hur,

OBS!

Se även om ansvarsfördelning framtagen av MAS

## **Omfattning, upplägg och metod**

Omfattning ej klart.

Föreläsning samt enskilt och i grupp arbeta med olika frågeställningar –öva o pröva.

Samordning:

Visst innehåll kan hämtas med kompetensdelgivning från befintlig personal

En pilotgrupp om ca 10 med de olika professionerna samtidigt genomgår det planerade ”utbildningspaketet”. Tvärgruppsarbete med arbetsuppgifter med efterföljande diskussion o ”redovisning”.

Förbättra dialogen och samarbete mellan yrkesgrupperna och nätverk bildas.

Samarbete med universitet Geriatriska sektionen Dietister mfl

### **Uppföljning och utvärdering.**

Högsbos nutritionsprojekt kommer att utvärderas inom ramen för det särskilda utvärderingsprojekt för Kompetensstegen i Göteborg. Utvärderingen kommer att ske på tre sätt:

1. Kvalitetsinstrumentet, dvs de årliga brukar- och medarbetarenkäterna
2. Självvärderingar
3. Extern utvärdering i samarbete med FoU i Väst/GR

### **Finansiering:**

Inom ramen för Kompetensstegen

**Sammanställt av Ann-Kristin Andersson**



# LERUMS KOMMUN

## Fammi K2 projekt

### Vård- och omsorgsförvaltningen

2006-06-26

Lena E Karlsson, Projektledare

## "Kompetensutvecklingsmodell" och strategier för Lerums kommun

### 1. Mål

#### a) Verksamhetens mål

För Vård- och omsorgsförvaltningen och i verksamheterna för rehab och sjuksköterskor finns övergripande styr och måldokument. Dokumenten ligger till grund för verksamhetens uppdrag och de för verksamheten uppsatta målen. Verksamhetens uppdrag och mål skall ligga till grund för planering av kompetensutveckling.

#### Befintliga dokument:

- Kommunens vision
- Vård- och omsorgsnämndens inriktningsmål 2006
- Förvaltningsövergripande mål
- Övergripande mål och verksamhetsuppdrag för rehab/sjuksköterskeenhet

**Förbättringsområde:** Målen är mycket övergripande och arbetet med att bryta ner målen, effektmål saknas för förvaltningen och enhet.

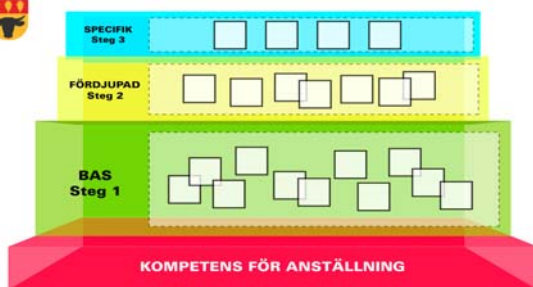
#### b) Riktlinjer för kompetensutveckling

Arbete pågår med att ta fram VOFs kompetenspolicy, planeras vara klar under 2006. Nedan en kortfattad beskrivning av en "Kompetensmodell" arbetsmodell för Vård- och omsorgsförvaltningen.





Alla anställda inom förvaltningen skall ha en individuell kompetensutvecklingsplan.



Inom varje nivå finns kunskapsmoduler, vad som ingår i varje steg skall definieras för verksamhet, yrkeskategori, yrkesroll. Bredd och nivå anpassas efter den kompetens och utbildningsnivå som eftersträvas.

### **Baskompetens Nivå 1**

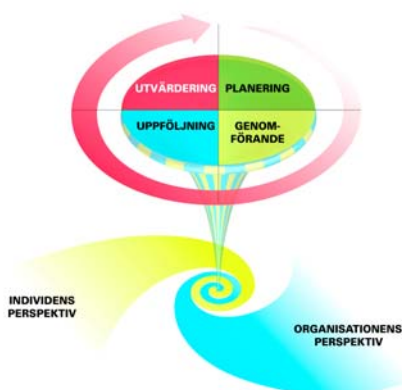
Baskompetens: Det som alla på enheten förväntas att kunna. Utifrån förvaltnings gemensamma och enhetsspecifika behov.

### **Fördjupad kompetens Nivå 2**

Medarbetaren ges en fördjupad kompetens inom ett eller flera områden

### **Specialiserad kompetens Nivå 3**

Medarbetaren ges en specialiserad kompetens inom uppdragsområdet.



Kompetensutveckling skall planeras och genomföras i takt med att kraven ifrån omvärlden och våra egna processer i verksamhetens förändras.

Planering, genomförande, uppföljning samt utvärdering skall ske fortlöpande och systematiskt i verksamheten. Forum för detta kan vara APT, Medarbetarsamtalet.

Utvärderingen skall se till nytta för verksamhet och brukare. Har vi fått kunskaper som leder till att vi kan ge bättre insatser, högre kvalitet, förbättrade arbetsmetoder utifrån evidens.

**Utvecklingsområden:** Vi behöver i våra verksamheter analysera och definiera vilka krav på kompetens vi har. Vi har olika arbetsuppgifter, roller, inom samma arbetsgrupp och olika kompetensbehov. När arbetsgivaren definierat vilken kompetens som behövs kan den enskilde medarbetaren också bedöma hur väl han/hon motsvarar kompetenskraven. Först efter denna kartläggning är det rimligt att bedöma kompetensutvecklingsbehov. En gemensam bild ger oss möjlighet att bedöma vilken kompetens vi behöver och vilka förutsättningar vi måste skapa.

**Strategi:** Vi kartlägger och fyller kompetensmodellen utifrån vår verksamhet. Utifrån kartläggningen kan vi skapa kompetensutvecklingsplaner både för verksamhet och individ. Viktiga forum för detta arbete är APT, arbetsplatsträffar där medarbetaren ges möjlighet till aktiv medverkan och delaktighet i planeringsfasen och uppföljningsarbetet. Vi tydliggör vilket uppdrag, förväntningar som finns på medarbetaren utifrån varje nivå. Exempel på uppdrag: att utbilda och informera medarbetare, bedriva utvecklingsarbete inom ett specifikt uppdragsområde, vårdprogram.

### **C) Lokal mål för kompetensutveckling**

- 1: Alla medarbetare förstår och känner sig delaktiga i syfte, mål och planering för kompetensutveckling
- 2: Arbetsgivaren skall definiera kompetensnivå utifrån bas, fördjupning och specialiserad kompetens
- 3: Varje medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan
- 4: Vi har en modell för fortlöpande internutbildning
- 5: Alla medarbetare har kunskap om och verktyg för att arbeta evidensbaserat

### **Strategi och tidplan för lokala mål**

#### **1: alla medarbetare förstår och känner sig delaktiga...**

En förvaltningsövergripande kompetensutvecklingspolicy planeras färdig våren - 06.

- Presentation och förankring av kompetensutvecklingspolicy och andra riktlinjer kring kompetensutveckling på APT under våren och hösten -06.
- Arbetsgruppen för "FAMMI- projektet" yrkesrepresentanterna presenterar sitt arbete inkl definitionen av begrepp kring kompetensutveckling
- Återkoppling och diskussion utifrån resultatet av enkät, arbetsuppgift 3
- Utvärdering kommer att ske genom att vi använder oss av utvalda frågor ifrån Fammi-enkäten, hösten -06

## **2: kompetensmodellens olika nivåer har definierats inom bas, fördjupning och specialiserad kompetens**

- En arbetsgrupp med verksamhetsansvariga för rehab och sjuksköterskeenheter samt MAS och MAR arbetar fram ett förslag på definition och innehåll för modellens olika nivåer
- Yrkesgrupperna för SSK, AT, SG fungerar som en referensgrupp

## **3: varje medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan**

- Fammi-gruppen tar kontakt med kollegor i andra organisationer för att hitta goda exempel och sprider dessa i gruppen, våren-06
- Arbetet med att framställa dokument, förslag på mall startar sep -06
- Presentation och förankring i arbetsgrupperna hösten – 06
- Materialet prövas i medarbetarsamtal våren –07

## **4. modell för fortlöpande internutbildning**

- Arbetsgruppen tar fram en intern ”kunskapsbank” påbörjas tidigast i september –06. Gruppen undersöker om något av de befintliga verksamhetssystemen ( Agresso, Magna Cura, Lernet) kan fungera som stöd. Kunskapsbanken skall användas för att sammanställa, kartlägga och söka efter kompetens inom förvaltningen. Matcha befintlig kompetens med verksamhetens behov.
- Vi provar med utbildningscafé- modellen för HSL-personal
- Verksamhetsansvariga tar fram en kompetensplaneringsplan för 2007 -

## **5. kunskap och verktyg för att arbeta evidensbaserat**

- Arbetsgruppen kontaktar universitet, GR samt FoU i Väst med förfrågan om utbildning i september –06

### Tidplan för lokala mål 1-5 2006/2007

april	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mar	apr	maj
					1	1	1						
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3											
												4	4
					5	5	5						

## **2. Ansvar**

### **a) Arbetsgivarens ansvar**

Arbetsgivaren skall årligen planera och genomföra utvecklingssamtal samt upprätta en individuell kompetensutvecklingsplan.

Planera och leda verksamhetens kompetensutveckling utifrån ett synsätt som fokuserar på inflytande och delaktighet.

Uppföljning och utvärdering av insatserna

### **b) Individens ansvar för kompetensutveckling**

Medarbetaren har ansvar för att se till att utvecklingsplanen fullföljs

Vara delaktig och medverka i kompetensplanering och utvärdering av genomförda insatser  
Sprida kunskap till övriga i organisationen, medverka i utvecklingsarbete

### c) Övriga med ansvar för kompetensutveckling

Kommunen har många samverkanspartners inom området kompetensutveckling. Vilket ansvar de olika funktionerna har är för gruppen oklart. Vi behöver få kunskap om hur och vad vi påverka, hur se de olika verksamheternas uppdrag ut. Samverkansområden.

- Universitet och högskolan
- Göteborgsregionens kommunalförbund, GR & FOU-väst
- Länssjukvården enligt primärvårdsavtal
- Kollegiala nätverk både utifrån verksamhetsinriktning och profession
- MAS & MAR
- Chefsnätverk
- Fackliga organisationer
- Socialstyrelsen

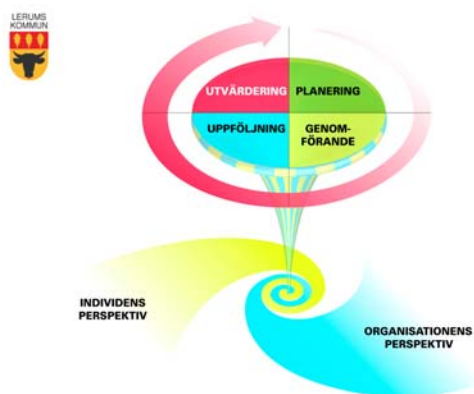
#### Vi arbetar vidare med att klargöra ansvar och kompetensnivå utifrån:

- Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, Socialstyrelsen
- Kompetensbeskrivningar för sjukgymnaster, Socialstyrelsen
- Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter, Socialstyrelsen
- Kvalitetspolicy fackliga förbunden
- Etisk kod för arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska

Vi ser att ovanstående dokument kan hjälpa oss att tydliggöra ansvar men också ligga till grund när vi diskuterar vilken kompetens vi behöver. Vad är viktigt när vi ”fyller” vår modell, vilka krav finns osv. En del som bör finnas med i vår kartläggning behovsanalys.

## 3. Behovsanalys

Arbetsgruppen har diskuterat utifrån nedanstående modell som belyser både organisation och individperspektivet vilket vi ser som viktigt.



**Förbättringsområde:** Vi behöver ta fram instrument för behovs och verksamhetsanalys. Vi behöver belysa både på individens och verksamhetens behov kort och långsiktigt.

### **a) Verksamhetens behov**

Se kartläggning uppgift 2 Fammi

Här kartläggs dock behovet här och nu.

Vi behöver ta ställning till vilken kompetens vi eftersträvar inom de olika nivåerna i modellen.

### **b) Individens behov**

Kartläggning Fammi

## **4. Pedagogiska former**

Det är viktigt att definiera de begrepp som vi använder oss av när vi pratar om kompetensutveckling. Begrepp som vi valt att definiera och som vi kommer att arbeta vidare med på enheterna är evidens, kompetens, kompetensförstärkning, kompetensförnyelse, kompetensutveckling, se bilaga 1.

### **a) Formellt lärande**

Planerad utbildning med ett formulerat mål.

Exempel på formellt lärande är; extern utbildning, intern utbildning, högskoleutbildning.

Forskningsinriktade studier.

### **b) Icke formellt lärande**

Skär kontinuerligt exempelvis när man utför ett arbete. Exempel på icke formellt lärande är diskussionsforum, studiecirkel, reflektionsgrupper, nätverksträffar, auskultationer, samverkan över yrkesgrupperna, kollegiala grupper, självstudier, litteraturstudier.

### **c) Informellt lärande**

Lärandet som sker i det dagliga arbetet utan att man tänker på det som lärande, t.ex. genom reflektion kring egna patientfall.

#### **Koppling till behovsanalysen:**

Intressant att se i behovsanalysen som gjordes att de former för kompetensutveckling som framfördes som exempel i stor del handlade om att utveckla det som redan finns i verksamheten på olika sätt. Det var för samtliga vårdtagarproblem ungefär liknande förslag på kompetensutveckling exempelvis studiecirkel, reflektionsgrupper och föreläsningar. Det som till största delen i behovsanalysen framkom var önskemål om icke formella former för kompetensutveckling.

I behovsanalysen även framfördes önskemål om formella exempelvis kurser, poängutbildningar och föreläsningar.

Mycket utgick från kompetensförstärkning, men man kan också se önskemål i behovsanalysen av kompetensförnyelse.

Vi tror att ett ökat formellt och ickeformellt lärande stärker individen i både sin yrkesroll och som individ, vilket troligen leder till ett ökat informellt lärande. Projekt som genomförs kan ligga inom flera olika former, i olika delar.

## 5. Planering och samordning

### a) **För alla legitimerade grupper tillsammans**

Samordning kan ske genom gemensamma satsningar för all HSL-personal. Övergripande planering utifrån behovsanalys där både gruppen och individens behov finns sammanställd. Verksamhetschef/enhetschef ansvarig.

### b) **För yrkesgrupperna var för sig**

Utifrån behovsanalys.

### c) **För individerna**

Individuell kompetensutvecklingsplan skall finnas, den behöver vara tydlig och årligen uppdateras.

#### **Hur går vi vidare:**

Vi arbetar med modellen för vård- och omsorgsförvaltningen som utgår ifrån verksamhetens mål- och uppdrag. Här behöver vi definiera vad som är bas, fördjupning och spets/ specialist kompetens. När vi definierat vilken kompetens vi behöver dvs. ” fyllt vår modell utifrån yrkeskategori, roll, uppgift kan vi planera och samordna. Syftet med utbildningen måste vara tydligt och väl förankrat i verksamhetens behov.

Vi har beslutat att sammanställa en ”kompetensgrupp” tvärprofessionell som får i uppdrag att samordna och ta fram förslag på intern/extern kompetensutveckling. Gruppen skall kartlägga och sammanställa behov av långsiktiga satsningar samt utveckla kunskapsområdet. Deltagarna i arbetsgruppen ”FAMMI-projektet” skall kompletteras med MAR och MAR.

## 6. Tid

### a) **För olika former av lärande**

Detta område har vi inte hunnit belysa. Utvecklingsområde.

## 7. Finansiering

### a) **Prioritering och fördelning**

Viktigt att alla får vara med att påverka kring utbildningsbudget och utbildningsprioriteringar. Detta kan ske genom delaktighet i planering och utvärdering bl a. på APT (Arbetsplatsträff).

### b) **Reserverade medel**

#### **Budget 2006**

**Grundförutsättning: år 1000: - per anställd och år.**

**Tillägg därutöver: 20tkr för rehabiliteringsenheten, 30tkr för sjuksköterskeenheten.**

Detta innebär att det totalt finns ca 2 tkr per anställd och år för kompetensutveckling, kurser och konferensavgift samt planeringsdagar.

Vi har inga individuella kompetenskonton, reserverade medel fördelas på enheten utifrån behov.

Kompetensutveckling kostar mer än kurskostnaden, den kostar också tiden (som kan räknas i kronor). Genomsnittskostnaden arbetskostnaden/timme för HSL personal är 210:-.

Vid vissa utbildningar tillkommer kostnad för vikarie.

**Förbättringsområde:** tidigare enkät och kartläggning visar på att det finns många frågor kring de ekonomiska ramarna. Vi behöver tydliggöra riktlinjerna samt hur kostnaderna i samband med en utbildningsdag ser ut. Målet är att alla skall känna till ramarna.

## 8. Uppföljning och utvärdering

### a) Återkoppling arbetsgivare och kollegor

Viktigt att det finns forum och former för att redovisa och återkoppla både till arbetsgivare och kollegor och att detta sker systematiskt. Ett kvalitetsarbete som bör ske i det vardagliga arbetet.

Vi behöver utvärdera effekterna av kompetensutveckling i relation till:

- Vilken nytta har den haft för verksamhet och brukare? Har det skett någon utveckling i vardagsarbetet.
- Har vi fått nya kunskaper som gör att vi kan förbättra våra insatser. Höja kvaliteten, kunskap om evidensbaserade arbetsmetoder.
- Medarbetarperspektivet

### Arbetsgrupp för ”Fammi projekt K2” Lerums kommun

Lena Karlsson  
Sanna Gonzales

Projektledare  
Enhetschef för sjuksköterskor

Maria Terins  
Berit Andersson  
Carina Hellqvist  
Ulla Wessman

Verksamhetschef rehabenheten  
Arbetsterapeut  
Sjukgymnast  
Sjuksköterska



## Vård & Omsorg

### Avdelningen Hälso- och sjukvård



## KOMPETENSUTVECKLING FÖR LEGITIMERAD PERSONAL

### **Arbetsgrupp**

Lotta Edvinsson, leg arbetsterapeut

Karin Henriksson, leg sjukgymnast

Carina Karlsson, leg sjuksköterska

Marita Sigurd, leg sjuksköterska

Ulla Johansson, MAS

Gunilla Larsson, områdeschef

Nils-Gunnar Främberg, områdeschef

## **Projekt K2 - Kompetensutveckling för sjuksköterskor, distriktsköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i kommunernas hälso- och sjukvård**

### **Inledning**

Lidköpings kommun har deltagit i ett nationellt utvecklingsprojekt för kompetensutveckling, även kallat projekt K2. Projektet initierades av Fammi (Familjemedicinska institutet) och var riktat till legitimerad personal inom den kommunala hälso- och sjukvården. Arbetet startade i september 2005 och pågick till september 2006. Projektet baserades på ett samarbete mellan fyra kommuner och Fammi. Deltagande kommuner var Hallstahammar, Högsbo, Lerum och Lidköping

### **Bakgrund**

En grundläggande förutsättning för att kunna ge god och säker vård och bidra till verksamhetens kvalitet och utveckling är att personalen har möjligheter till kompetensutveckling. Adekvata kunskaper är även nödvändiga för samarbete med och handledning av vård- och omsorgspersonalen.

### **Syfte**

Projektet syftade till att få till stånd en mer effektiv kompetensutveckling för sjuksköterskor, distriktsköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

### **Mål**

Att tillsammans med några kommuner starta en process för att analysera behov av kompetens och utveckla strategier för kompetensutveckling för legitimerad personal inom den kommunala hälso- och sjukvården.

### **Lokal projektorganisation**

På varje ort fanns en lokal arbetsgrupp under projekttiden. Arbetsgruppen i Lidköpings kommun var sammansatt av en arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, distriktsköterska, MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) samt två områdeschefer inom avd. hälso- och sjukvård, varav en var lokal projektledare.

### **Beskrivning av arbetsprocessen**

Projektet innehöll följande steg; nulägesbeskrivning - nuvarande kompetensutveckling, analys och förslag på förbättringar, lokal implementering och spridning av resultat.

Tidtabell för projektet var:

Hösten 2005 Nulägesbeskrivning, analys och utformning av förbättringsförslag.

Våren 2006 Testning av valda förslag.

Hösten 2006 Sammanställning av erfarenheterna i en rapport och spridning med hjälp av seminarier på nationell nivå.

Arbetet har genomförts i gemensamma möten mellan kommunerna och Fammis projektledare växelvis med arbete på lokal. I Lidköpings kommun har arbetet fortskridit genom arbetsgruppens möten och möten med kollegor. Det som diskuterats i arbetsgruppen har återkopplats till kollegor för förankring och tvärtom. Resultatet av arbetet finns beskrivet i fortsättningen av detta dokument.

## **Innehållsförteckning**

1. INLEDNING
2. BAKGRUND
3. NULÄGESBESKRIVNING
4. SYFTE
5. MÅL FÖR KOMPETENSUTVECKLINGEN
6. ANSVAR FÖR KOMPETENSUTVECKLINGEN
7. STRATEGIER FÖR KOMPETENSUTVECKLING
  - 7.1 Pedagogiska former
  - 7.2 Behovsanalys
  - 7.3 Kompetensnycklar
  - 7.4 Planering – Samordning

### **Bilagor**

- Bilaga I Kompetensnyckel för sjukgymnaster
- Bilaga II a Kompetensutveckling år 2006
- Bilaga II b Förklaringar till ämnesinnehåll i bilaga II a

# Kompetensutveckling för legitimerad personal

## 1. Inledning

En plan för kompetensutveckling är ett hjälpmedel för att tydliggöra vald strategi för utveckling av medarbetarnas kompetens och färdighet. Den skall bl.a. beskriva innehåll, mål, ansvar, pedagogiska former, tidsperspektiv, resurser och uppföljning. Planen är ett viktigt dokument i planeringen av olika aktiviteter för kompetensutveckling. Den bör gås igenom och följas upp med varje anställd i samband med det årliga medarbetarsamtalet. Genom Projekt K2 och Fammi (Familjemedicinska Institutet) har vi fått stöd och möjlighet att utarbeta en genomtänkt plan för legitimerad personal inom den kommunala hälso- och sjukvården.

De anställdas kompetens är ett viktigt redskap i arbetet att nå uppsatta verksamhetsmål. Med kompetens menar vi samspelet mellan olika kunskaper, färdigheter, erfarenheter och förmågan att använda dessa på rätt sätt. För olika professioner och arbetsuppgifter krävs olika kompetenser. Det är därför viktigt att beskriva de yrkesspecifika kompetenser som krävs inom en viss verksamhet. Kompetensutveckling syftar till att ge individen nya kunskaper och ökad förmåga att tillämpa dessa och bredda sin kompetens. Kompetensutveckling innebär alltså mer än att ”åka på kurs”. Förståelse och reflektion i vardagsarbetet är också viktiga inslag.

## 2. Bakgrund

Enligt Vård & Omsorgs riktlinjer för kompetensutveckling skall alla medarbetare ha möjlighet att anpassa och utveckla sin yrkesmässiga kompetens i takt med verksamhetens förändrade krav. Arbetsgivaren ska tillsammans med medarbetarna skapa en arbetskultur som främjar ett kontinuerligt lärande och utveckling i arbetet.

Kompetensutvecklingen ska bygga på ett gemensamt synsätt som bygger på att vård är värdebaserad verksamhet som inte bedrivs av system eller institutioner. Vård bedrivs av människor för människor. Det är de anställda, deras kunskaper och erfarenheter som bär upp verksamheten.

Varje verksamhet ska planera för och beakta behovet av grund- och vidareutbildning samt medarbetarnas kompetensutveckling även i vidare bemärkelse. Den målsättning som sedan tidigare gäller att samtliga personal årligen ska erbjudas någon form av kompetensutveckling, kopplat till den enskildes behov, kvarstår. Vad denna/dessa utbildningsdagar ska innehålla är en sak som bör diskuteras i samband med det årliga medarbetarsamtalet.

I förvaltningen Vård & Omsorg finns särskilt avsatta medel för kompetensutveckling, dels på central nivå och dels på lokal nivå i respektive område (enhet). På lokal nivå är det områdeschefen (enhetschefen) som disponerar utbildningsanslaget för att planera och genomföra årliga utbildningsinsatser för medarbetarna i den egna verksamheten.

## 3. Nulägesbeskrivning

Fortbildning och kompetensutveckling är vanliga inslag i vår verksamhet. Mest förekommande är enstaka eller kopplade utbildningsdagar. Det förekommer också poäng-

utbildning av olika slag. Som exempel på utbildningssatsningar kan nämnas; vård i livets slutskede, stroke, bensår, demens, dokumentation, urininkontinens, ät- och sväljproblematik, handledarutbildning, fortbildning för arbetsterapeuter och sjukgymnaster etc.

Genomförda utbildningar ligger i linje med verksamhetens behov men problemet är att dessa aktiviteter inte bedrivs utifrån en tillräckligt tydlig strategi. Satsningarna styrs till en del av en planerad kompetensutveckling men också till en stor del av vad som erbjuds från olika utbildningsanordnare. Upplevelsen hos medarbetarna är att kompetensutveckling, fr.a. av formell art, förekommer och erbjuds i tillräcklig omfattningen men att det inte framgår tydligt vad som är eller borde vara prioriterade områden.

#### **4. Syfte**

Syftet med kompetensutvecklingsplanen är att tydliggöra vilka behov av kompetens det finns på olika nivåer för legitimerade yrkesgrupper som bedriver hälso- och sjukvård inom Vård & Omsorg.

#### **5. Mål för kompetensutvecklingen**

Kompetensen hos sjuksköterskor, distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster betyder mycket för vård- och omsorgsverksamhetens kvalitet, inte minst med tanke på den medicinska säkerheten. Det är också av stor betydelse att som handledare för vård- och omsorgspersonal upprätthålla en hög kompetens.

I styrkortet för Hälso- och sjukvårdsavdelningen kan man utläsa följande mål för kompetensutveckling

- Att medarbetarna uppfattar kollegial samverkan och reflektion som naturliga inslag i arbetsprocessen och skapar möjlighet till det i det dagliga arbetet
- Att insatser följer vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet samt tillämpliga vårdprogram och andra vedertagna metoder
- Att tillfällen till dialog om etiska värden ska finnas
- Att medarbetarna ska ha tillräcklig kompetens och omvärldskunskap
- Att tillräckligt med tillfällen skapas för handledning mellan vård- och omsorgspersonal och legitimerad personal
- Att förekomsten av individuella utbildningsplaner är ett sätt att bidra till att verksamheten har välutbildade och engagerade medarbetare
- Att vårdtagaren och närstående ska uppleva att de får ett sakkunnigt och vänligt bemötande

Dessa punkter fokuserar områden som anknyter till kompetens och kompetensutveckling inom ramen för både formellt-, icke formellt- och informellt lärande (se pedagogiska former nedan).

#### **6. Ansvar för kompetensutveckling**

Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska enligt hälso- och sjukvårdslagen finnas den personal som behövs för att god vård skall kunna ges. Det innebär att arbetsgivaren har

ansvar för att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna. Hälso- och sjukvårdspersonalens arbete skall enligt lagen om yrkesverksamhet (LYHS) präglas av ett etiskt förhållningssätt och utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt i enlighet med gällande författningar. I LYHS står vidare om personalen att han/hon bär själv ansvaret för hur arbetsuppgifterna fullgörs.

Detta innebär att arbetsgivaren har ansvar för att personalen har den kompetens som erfordras. Arbetsgivaren skall också fortlöpande tillhandahålla kompetensutveckling i förhållande till verksamhetens behov och den utveckling som sker. Medarbetarna i verksamheten har å sin sida ansvar för att vara uppdaterade på gällande författningar, riktlinjer och rutiner. Man är också skyldig att ta del av det informations- och utbildningsutbud som erbjuds samt i övrigt hålla sig à jour med utvecklingen inom sitt yrkesområde.

## 7. Strategi för kompetensutveckling

### 7.1 Pedagogiska former

Under arbetet med projekt K2 har vi använt begrepp om lärandet som vi kommer att fortsätta med i arbetet med kompetensutveckling

Med dessa begrepp om lärandet avses följande:

- *Formellt lärande* (extern såväl som intern utbildning): Kurser, konferenser med planerat innehåll t.ex., poängkurser vid högskola, kurser anordnade av yrkesorganisationer, kurser anordnade av andra kursgivare eller av arbetsgivaren.
- *Icke formellt lärande*: Finns i olika former men innehållet är inte alltid förutbestämt t.ex. nätverk/kollegiala grupper, auskultation/studiebesök, handledning/undervisning, studiecirkel och självstudier.
- *Informellt lärande*: Lärande i det dagliga arbetet

### 7.2 Behovsanalys

En viktig del i planeringen för kompetensutveckling är att genomföra en analys av vilka behov som finns i verksamheten för de berörda grupperna. Analysen ska i första hand spegla verksamhetens behov. Syftet är att skapa en utgångspunkt för att upprätthålla/förbättra förutsättningarna för bra vård av vårdtagaren med stöd av en genomtänkt kompetensutveckling. Fokus för behovsanalysen är främst vårdtagarproblem och relaterade behov av kompetensutveckling samt vad det är för kompetens som behövs men inte är tillgodosedd.

En behovsanalys har genomförts yrkesvis och sedan sammanställts till en lista över kompetensutvecklingsbehov. I analysfasen deltog samtliga berörda medarbetare.

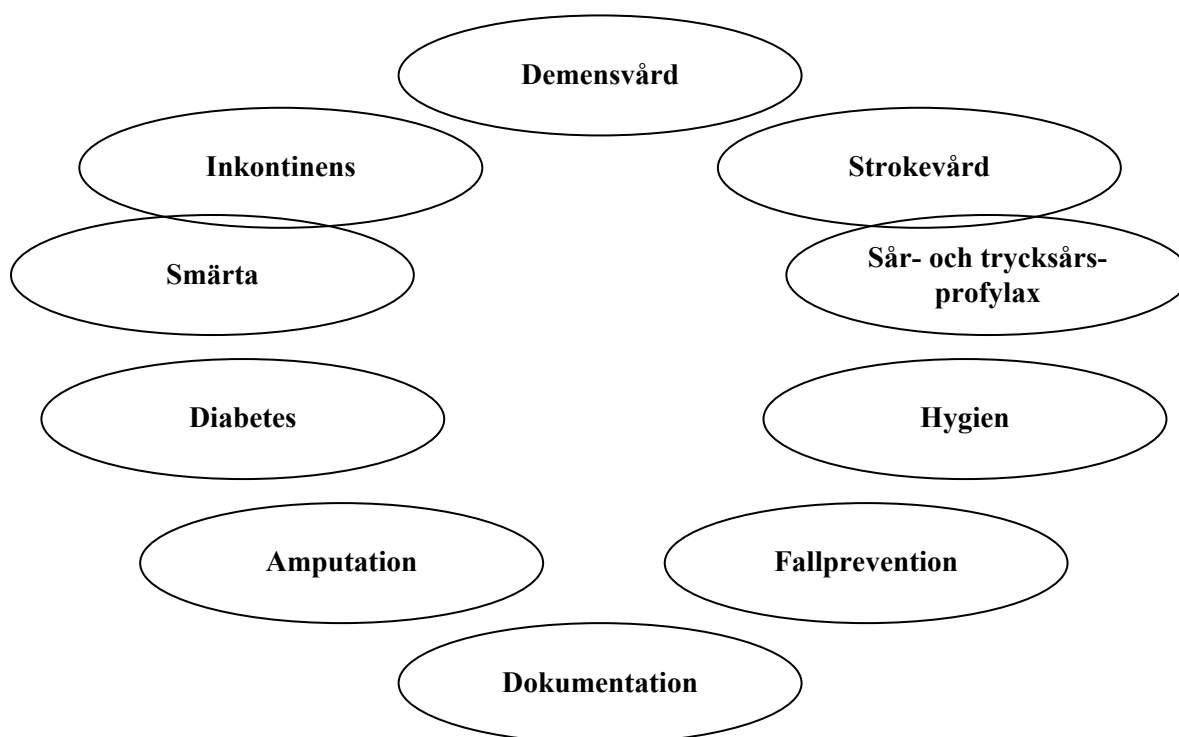
I behovsanalysen framkom att behoven till stor del handlade om att utveckla det som redan fanns i verksamheten. Förslag på kompetensutveckling var poängutbildningar, utbildningsdagar med workshops, studiecirkel, föreläsningar och auskultationer samt reflektions-/handledningsgrupper och nätverk. Man såg ett stort behov av icke formella former av kompetensutveckling. Inom flera områden finns goda kunskaper samtidigt som det finns behov av ytterligare kompetensförstärkning inom flera områden. Analysen visar även på att det finns områden som behöver

kompetensförnyelse såsom pedagogik och handledarutbildning för att bättre kunna handleda omvårdnadspersonal.

Genom att få ett ökat formellt och ickeformellt lärande kan det stärka individen i sin yrkesroll, detta kan i sig leda till ett ökat informellt lärande.

I behovsanalysen framkom vissa områden som var gemensamma för sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska. Exempel på detta var äldres hälsa, demens, fall och fallprevention samt handledarutbildning. Det framkom också ett behov av tvärprofessionellt utbyte, dvs. att lära sig av varann och dra nytta av varandras kunskapsområden. Det fanns även yrkesspecifika områden som t.ex. bostadsanpassning, sårvård och gångsvårigheter.

Med utgångspunkt från behovsanalysen och diskussioner i arbetsgruppen formades idén om att skapa arbetsgrupper kring ett antal kvalitetsområden (se figur 1).



Figur 1. Föreslagna kvalitetsområden

Tanken med att inrätta arbetsgrupper inom specifika kvalitetsområden är att öka fokuseringen på områden som bedömts som särskilt viktiga när det gäller att stärka det systematiska kvalitetsarbetet. Deltagarna i dessa arbetsgrupper skall ha ett uppdrag som kvalitetsombud (se nedan). I de fall det finns tydliga gemensamma nämnare för olika yrkesföreträdare inom respektive område, bör arbetsgruppen ha en tvärprofessionell sammansättning. Det kan således vara aktuellt med medverkan från ledningsfunktion, medicinskt ansvarig sjuksköterska, legitimerad personal hälso- och sjukvårdspersonal samt vård- och omsorgspersonal.

Kvalitetsombud finns redan i nuläget inom områden som t.ex. sårvård, hygien och diabetes. Syftet med dessa ombud är att vara ett stöd för övriga kollegor i arbetet

med rehabilitering, omvårdnad, vård och behandling inom särskilt beskrivna områden.

Uppdraget som kvalitetsombud innebär att:

- hålla sig ajour med utvecklingen inom området angående nya rön om rehabilitering, omvårdnad, vård och behandling
- ansvara för att information om området finns tillgänglig i HoS-mappen, K-katalogen på intranätet samt att informera vid möten som t.ex. arbetsplatsträffar
- introducera nyheter inom området samt ge stöd och råd till kollegor
- delta i kvalitetsarbete/kvalitetsuppföljning

### 7.3 Kompetensnycklar

Med behovsanalysen som grund utarbetades en modell för att beskriva verksamhetens kompetensbehov yrkesspecifikt och indelat i nivåer (se figur 2). Detta kallas i den fortsatta beskrivningen för kompetensnycklar.

Nivå 3	Fördjupning	Fördjupning	Fördjupning	Fördjupning	Fördjupning
	Fördjupning	Fördjupning	Fördjupning	Fördjupning	Fördjupning
Nivå 2	Baskompetens i kommunal hälso- och sjukvård				
Nivå 1	Kompetens för anställning: SSK, DSK, AT, SG				

(Fördjupning kan vara antingen: Allmän= avsedd för alla eller Specifik= avsedd för vissa)

Figur 2. Kompetensnyckel

Nivå ett (grund) utgör den kompetens som krävs för anställningen, nivå två (bas) utgör den generella kompetens som respektive profession behöver för sin yrkesutövning inom kommunal hälso- och sjukvård och nivå tre (fördjupning) utgör den specifika kompetens som alla eller några inom professionen behöver för att tillgodose specifika behov i verksamheten (I bilaga I finns ett exempel på en yrkesspecifik kompetensnyckel för sjukgymnaster).

### 7.4 Planering – Samordning

De yrkesspecifika kompetensnycklarna ska vara grunden i planeringen av kompetensutvecklingen. Kompetensnycklarna är levande dokument och anpassas kontinuerligt till förändringar i verksamheten. Diskussioner inom respektive yrkesgrupp är viktiga i detta arbete. Med kompetensnycklarna som grund inventeras den enskilda medarbetarens kompetensutvecklingsbehov i det årliga medarbetarsamtalet.

Medarbetarnas samlade behov av kompetensutveckling utgör sedan underlag i arbetet med att ta fram en årlig plan för kompetensutveckling för sjuksköterskor, distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Ansvar för att upprätta dessa planer ligger på områdeschef/enhetschef. Kvalitetsombuden har också ett ansvar att initiera kompetensutveckling inom respektive kvalitetsområden.

Med arbetsmodellen vill vi skapa en tydlig koppling mellan de kompetenskrav verksamheten ställer, den enskilde medarbetarens behov och den kompetensutveckling som planeras och genomförs.

## Kompetensnyckel för sjukgymnaster

Nivå 3	<b>Fördjupningsområde</b> kan vara antingen: Allmän= avsedd för alla eller Specifik= avsedd för vissa	Yrsel	Sitt- problematik	Neuro- psykologi	Studenter
	<b>Kvalitetsområde</b> Kan vara bas eller fördjupning	Demens	Stroke	Amputation	Sår
Nivå 2	Bas	Förbättringskunskap, konsultativt arbetssätt, äldres hälsa, nedsatt ork, nedsatt muskulärkontroll, gångsvårigheter, geriatrik, andningsbesvär, ergonomi, frakturer,  Hygien, förskrivarutb, produktkunskap om hjälpmedel, manuella förflyttningar, förflyttningar, lagar och lagstiftning, datakunskap, etik/bemötande			
Nivå 1	<b>Kompetens för anställning</b>	Leg. sjukgymnast och B-körkort.			

# Kompetensutveckling år 2006

Bilaga IIa

## Avdelning Hälso- och Sjukvård, Vård & Omsorg, Lidköpings kommun

Ämne - Innehåll	Mål 2006	Ansvar	Behovs-Analys	Pedagogiska Former A=Formellt lärande B=Icke formellt lärande C=Informellt lärande	Planering Samordning	Tid	Finansiering	Uppföljning Utvärdering
<b>Dokumentation</b> <i>(se beskrivning Bilaga II)</i>	- Att för ssk/dsk utveckla verkställigheten med omvårdnadsdiagnoser, mål och åtgärder samt ta fram omvårdnadsplaner	Delat ansvar mellan arbetsgivare (ag) och arbetstagare (at)	Ja	Internutbildning genom dokumentationsombud B	Äldreboende, korttidsvård, hemvård	8 timmar per medarbetare	Ag står för kostnaderna, dvs. utbildning och handledning på arbetstid	Uppföljning utifrån styrtalen i styrkortet (Dialogbaserad styrning)
	- Att för at/sg utveckla dokumentationen i PMO-systemet samt påbörja arbetet med klassifikation enligt ICF	-"-	Ja	Internutbildning tillsammans med Profdoc A ICF, extern föreläsare A		4 timmar per medarbetare	Ag står för kostnaderna	-"-
						4 timmar per medarbetare	Ag står för kostnaderna	
<b>Handledarutbildning</b> <i>(se beskrivning Bilaga II)</i>	Att öka antalet handledarutbildade ssk/dsk med 14 till 16 st	Ag ansvarar för att möjliggöra deltagande i utbildning. At ansvarar för inläsning och resultat	Ja	Utbildningen genomförs av Högskolan i Skövde A		En ½-dag varje vecka i 10 veckor	Ag står för schemalagd tid, litteratur och kåravgift	Kursdeltagarna utvärderar kursen vid kursens slut
<b>Gränsöverskridande lärande</b> <i>(se beskrivning Bilaga II)</i>	Att öka kunskapen och förståelsen om varandras verksamheter i vårdkedjan	Ag ansvarar för att möjliggöra deltagande. At ansvarar för att tillgodogöra sig innehållet		- Auskultation B - Vårdkedjedagar A	Kommun, sjukhus och primärvård	1-2 dagar	Ag står för kostnaderna	Processledaren utvärderar projektet
<b>Balansen mellan Omsorg och Vård</b> <i>(se beskrivning Bilaga II)</i> <b>Värdegrund</b>	Att bidra till en klargörande dialog om samspelet mellan omsorg och vård	Ag ansvarar för att möjliggöra deltagande. At ansvarar för att tillgodogöra sig innehållet	Ja	Föreläsning med uppföljande diskussioner i grupper med sjuksköterskor och områdeschefer A o B	Äldreboende, korttidsvård, hemvård	En ½-dag plus tre tillfällen á 3 timmar	Ag står för kostnaderna	Uppföljning görs i samband med den tredje och avslutande träffen

Ämne – Innehåll	Mål 2006	Ansvar	Behovs-Analys	Pedagogiska Former	Planering amordning	Tid	Finansiering	Uppföljning Utvärdering
<b>Äldres hälsa</b> <i>(se beskrivning Bilaga II b)</i>	Att öka kunskapen om äldres förutsättningar att uppleva hälsa och välbefinnande trots sjukdom och funktionshinder	Delat ansvar mellan arbetsgivare och arbetstagare	Ja	Tvärprofessionell internutbildning A	Äldreboende, korttidsvård, hemvård och Rehab		Ag står för internutbildning	
<b>Förskrivningskurs – inkontinenshjälpmedel</b> <i>(se beskrivning Bilaga II b)</i>	Att öka antalet utbildade ssk/dsk med 4 st	Ag ansvarar för att möjliggöra deltagande. At ansvarar för att tillgodogöra sig innehållet	Ja	Utbildningen genomförs av Högskolan i Skövde alt. Högskolan Väst A		En (1) studiedag per vecka i tio veckor	Ag står för schemalagd tid, litteratur och kåravgift	Utvärderas vid kursavslutning
<b>Förskrivningsutbildning anti-decubitushjälpmedel</b> <i>(se beskrivning Bilaga II b)</i>	Ge ssk/dsk förskrivarkompetens för antidecubitus-hjälpmedel.	Ag ansvarar för att möjliggöra deltagande. At ansvarar för att tillgodogöra sig innehållet	Ja	Utbildningen genomförs av Hjälpmedelsförvaltningen A		?	Ag står för kostnaderna	
<b>Bostadsanpassning</b>	Uppdatera kunskaperna vad gäller regler, praxis och tillämpning av lagen om bostadsanpassningsbidrag	Ag ansvarar för att möjliggöra deltagande för 2 arbetsterapeuter	Ja	Extern utbildning via LJ-Utbildning A		2 dagar	Ag står för kostnaderna	
<b>Manuella förflyttningar</b>	Ge arbetsterapeuter och sjukgymnaster kunskaper för att handleda vårdtagare, anhöriga och personal i förflyttningsproblematik.	Ag ansvarar för att möjliggöra deltagande för 1-2 arbetsterapeuter och 1-2 sjukgymnaster.	Ja	Extern utbildning via Hjälpmedelscenter Väst A		3 dagar	Ag står för kostnaderna	
<b>Förbättringskunskap</b> <i>(se beskrivning Bilaga II b)</i>	Att genomföra tre (3) förbättringsarbeten (kan genomföras utifrån genom-brottsmetoden)	Delat ansvar mellan arbetsgivare och arbetstagare	Ja	Handledt processinriktat arbete i arbetsgrupper B o C			Ag står för arbetstiden	Utvärdering sker fortlöpande alt. efter projektidens slut

Ämne – Innehåll	Mål 2006	Ansvar	Behovs-Analys	Pedagogiska Former	Planering Samordning	Tid	Finansiering	Uppföljning Utvärdering
<b>Handledning</b>	Att undersöka möjligheterna för att starta kollegial handledning i grupper	Delat ansvar mellan arbetsgivare och arbetstagare	Ja	Handledt processinriktat arbete i grupper B o C			Ag står för arbetstiden	
<b>Reflektion</b>	Att medarbetarna uppfattar kollegial samverkan och reflektion som naturliga inslag i arbetsprocessen och skapar möjlighet till det i det dagliga arbetet	Delat ansvar mellan arbetsgivare och arbetstagare	Ja	Egen reflektion och/eller tillsammans med kollegor C			Ag står för arbetstiden	Uppföljning utifrån styrtalen i styrkortet (Dialogbaserad styrning)
<b>Kvalitetsområde:</b>								
<b>Strokevård</b> <b>Smärta</b> <b>Fallprevention</b> <b>Demensvård</b> <b>Sår och trycksårs-Profylax</b> <b>Inkontinens</b> <b>Hygien</b> <b>Diabetes</b> <b>Amputation</b> <b>Dokumentation</b>	Fortsätta redan påbörjat arbete att skapa arbetsgrupper med ansvar för ett givet kvalitetsområde (kvalitetsombud)	Delat ansvar mellan ag och at	Ja	Processinriktat arbete i tvärprofessionella team B	Samordning mellan ssk, dsk, at och sg		Ag står för arbetstid och utbildning för teamet	Teamarbetet utvärderas av kollegor i samband med Apt vid varje årsskifte ?

## Förklaringar till ämnesinnehåll i bilaga II a

**Dokumentation:** Sjuksköterskor och distriktssköterskor dokumenterar HSL-insatser med hjälp av den datorbaserade programvaran Procapita. Under hösten 2005 inleddes en intensifiering kring verkställighetsdelen i dokumentationen. Detta fortsätter under 2006 och innebär att dokumentationen blir mer komplett ur ett processperspektiv. Ansvaret för detta arbete ligger på dokumentationsombuden under ledning av två sjuksköterskor med särskilt uppdrag att leda arbetet.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster dokumenterar HSL-insatser med hjälp av det datorbaserade dokumentationssystemet PMO. Detta är en beta version och utvecklas kontinuerligt i samverkan mellan tillverkare och användare.

**Handledarutbildning:** För att kunna erbjuda ssk-studenter handledning som matchar deras utbildning ges ssk/dsk handledareutbildning motsvarande 5 poäng. Detta genomförs successivt med målsättningen att alla skall ha handledarutbildning. Detta leder samtidigt till att medarbetarna skaffar sig handledarkompetens som de också har stor nytta av i sitt dagliga arbete tillsammans med övrig personal.

**Gränsöverskridande lärande:** Inom ramen för Närsjukvårdsprojektet Västra Skaraborg (Lidköpings sjukhus, Primärvården samt kommunerna Götene, Skara, Vara, Grästorp, Essunga och Lidköping) kommer en omfattande auskultationsverksamhet att genomföras med start 2006. Detta syftar till att öka kunskapen och förståelsen hos medarbetarna om de olika verksamheterna i vårdkedjan. Allt i syfte att underlätta övergångar mellan olika vårdnivåer för vårdtagaren.

**Balansen mellan Omsorg och Vård:** Äldreomsorgen styrs juridiskt sett utifrån socialtjänstlagen (SOL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Kärnverksamheten utgörs av omsorg medan hälso- och sjukvård utgör stödverksamhet. Balansen och avvägningen mellan dessa två områden skall göras både med utgångspunkt från idén att värna individens "vardagsliv" och dennes behov av vård. Det är inte ändamålsenligt för individen om det ena eller andra perspektivet påverkar verksamheten på ett sådant sätt att det antingen stör vardagslivet eller att den enskilde inte får den vård och behandling som är motiverat utifrån hälsotillstånd och vårdnivå. Balansen mellan omsorg och vård är därför en viktig fråga att diskutera i verksamheten, dvs. hur har vi det idag och hur vill vi ha det i fortsättningen.

**Äldres hälsa:** Det naturliga åldrandet och äldres hälsa/ohälsa är ett naturligt innehåll i kompetensutvecklingen med tanke på att huvuddelen av våra vårdtagare tillhör gruppen äldre respektive äldre-äldre. Området har identifierats i behovsanalysen och uttrycks av samtliga professioner som ett viktigt område att fortbilda sig inom.

**Förskrivningskurs – inkontinenshjälpmedel:** Behovet av medarbetare med denna kompetens är utbredd i verksamheten. Inom särskilt boende och korttidsvård måste kompetensen finnas hos minst en (1) ssk vid varje område/enhet. Målsättningen är dock att alla ssk skall ha denna kompetens. Inom hemsjukvården har samtliga dsk denna kompetens genom sin specialistutbildning.

**Förskrivningskurs – antidecubitushjälpmedel:** Den nya handboken för förskrivning av personliga hjälpmedel ger sjuksköterskor och distriktssköterskor rätt

att förskriva antidecubitushjälpmedel (t ex madrasser). Under 2006 har arbetsterapeuter kvar sin förskrivningsrätt men f o m 2006-12-01 har enbart ssk/dsk förskrivningsrätt och det är viktigt att under året bygga upp kompetens inom gruppen.

**Förbättringskunskap:** Med förbättringskunskap avses sådan kompetens som bidrar till att omsätta teoretisk kunskap i praktisk handling ("från ord till handling"). En metod för detta är genombrottsmetoden. Genombrott är en metod för kontinuerligt förändringsarbete som ursprungligen utarbetats av The Institute for Health Care Improvement i Boston (IHI). Metoden bygger på att det finns kunskap som inte tillämpas i tillräckligt stor omfattning i vardagsarbetet inom hälso- och sjukvården och att ny kunskap inte sprids tillräckligt snabbt. Metoden har redan tillämpats inom några områden i vår verksamhet och visat sig vara ett bra redskap i förbättringsarbete. Vi vill därför öka användningen av denna metod i verksamheten.



I enlighet med Familjemedicinska institutets uppdrag att samla och sprida kunskap inom primärvården, erbjuder vi alla att beställa våra rapporter i tryckt form till självkostnadspris. De finns också att ladda ner på [www.fammi.se](http://www.fammi.se). Rapporterna får helt eller delvis kopieras under förutsättning att man anger källan.

Fammi började sin verksamhet den 1 april 2002, vill du veta mer besök [www.fammi.se](http://www.fammi.se)

© Familjemedicinska institutet