

Förstudie: Vårdens medarbetare

SAMVERKAN KRING KOMPETENSFÖRSÖRJNING OCH KOMPETENSUTVECKLING BLAND LEGITIMERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL I SKARABORGS KOMMUNER, INFÖR OMSTÄLLNINGEN TILL NÄRA VÅRD

PROJEKTBESTÄLLARE:
SKARABORGS KOMMUNALFÖRBUND VÄLFÄRD, MALIN SWÄRD

STYRGRUPP:
SOCIALCHEFER I SKARABORGS KOMMUNER

PROJEKTLEDARE:
KARIN SKARIN

SLUTVERSION: 12 MARS 2021

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	1
BAKGRUND	1
AVGRÄNSNING	1
UPPDRAG I PROJEKTET (SYFTE)	1
GENOMFÖRANDE	2
FRAMTID	3
OMSTÄLLNING TILL EN NÄRA VÅRD.....	4
OMVÄRLD	5
NULÄGE I SKARABORGS KOMMUNER	7
STRUKTURELLA FÖRUTSÄTTNINGAR	7
<i>Fokus på ökning av andel äldre kommande fem år</i>	9
ANDEL LEGITIMERAD PERSONAL I FÖRHÅLLANDE TILL BEFOLKNING/BEHOV .	9
<i>Andel sjuksköterskor med specialistutbildning</i>	11
<i>Minskad täthet på grund av demografiska förändringar</i>	11
<i>Heltid och deltid</i>	13
REKRYTERINGSBEHOV FRAMÖVER	16
<i>Rekrytering: pensionsavgångar och ökad andel äldre</i>	17
<i>Åldersstruktur i olika medarbetargrupper</i>	19
<i>Bemanningsprocess utifrån patienternas behov</i>	21
UPPLEVDA FÖRUTSÄTTNINGAR.....	22
<i>Intervjuades syn på rekryteringsläget idag</i>	22
<i>Framtid – möjligheter</i>	25
<i>Framtid - hot</i>	27
BEHOV FÖR KUNSKAP OCH UTBILDNING	30
<i>Löpande kompetensutveckling: arbetsplatsnära lärande</i>	31
<i>Prioritering arbetsplatsnära lärande – formell kunskap</i>	33
<i>Utbildning vid högskola</i>	34
<i>Prioritering utbud högskola</i>	37
<i>Avtal om VFU</i>	38
<i>Samtal med högskolans representanter</i>	38
PLAN FÖR KOMPETENSUTVECKLING	40
<i>Förutsättningar i vardagen</i>	40
<i>Förutsättningar att gå längre utbildningar (hp)</i>	42
<i>Förväntan på ett Skaraborgsgemensamt arbete</i>	44
<i>Prioriterade samverkanspartners</i>	46
OMSTÄLLNINGEN TILL NÄRA VÅRD	47
<i>Begreppet nära vård</i>	48
<i>Största fördelarna med nära vård</i>	52

<i>Största utmaningarna med Nära vård</i>	52
<i>Kompetens, utrustning/teknik och nya arbetssätt</i>	55
KOMPETENS OCH KUNSKAP I PANDEMIN	58
<i>Ny kunskap och nya arbetssätt i pandemin</i>	59
<i>Kunskap och arbetssätt som saknats i pandemin</i>	62
DIGITALA FÖRUTSÄTTNINGAR	64
<i>Verktyg för webbmöten</i>	64
<i>Utrustning, lokaler och uppkoppling</i>	65
<i>Nanolearning</i>	66
<i>Kostnadsfria webbutbildningar</i>	67
<i>Yrkesresa för personal inom hälso- och sjukvård</i>	69
<i>Digital vana</i>	70
<i>Support vid utbildning</i>	70
<i>Välfärdsteknik – ett måste</i>	72
FÖRSLAG	76
HUVUDUPPDRAG: SAMVERKAN KRING KOMPETENSFÖRSÖRJNING OCH KOMPETENSUTVECKLING	76
<i>Kompetensförsörjning generellt</i>	77
<i>Utbildningssatsningar</i>	78
DELUPPDRAG: OMSTÄLLNING TILL NÄRA VÅRD	79
DELUPPDRAG: VIDAREUTBILDNING VID HÖGSKOLAN I SKÖVDE.....	80
DELUPPDRAG: SAMVERKAN DIGITALISERING/VÄLFÄRDSTEKNIK.....	81
DELUPPDRAG: INVENTERING AV VINSTER UNDER PANDEMIN	81
KLARAR VI FRAMTIDENS KOMPETENSFÖRSÖRJNING?	88
BILAGOR: INTERVJUFRÅGOR UTBILDNING HÖGSKOLA/UNIVERSITET HT 2021	
FÖRKORTNINGAR I TEXTEN	
SKR	Sveriges Kommuner & Regioner
VGR	Västra Götalandsregionen
HiS	Högskolan i Skövde
FoHM	Folkhälsomyndigheten
V6	Sex kommuner i västra Skaraborg: Götene, Skara, Lidköping, Vara, Essunga, Grästorp
DiVOS	Digital utveckling inom Vård & Omsorg (tvåårigt projekt)
APT	Arbetsplatsträff
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
SIP	Samordnad individuell plan
SAMSA	Samordnad vård- och omsorgsplanering (IT-stöd vid överlämning mellan kommun/region)
ADL	Allmän daglig livsföring
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
HSL	Hälso- och sjukvårdslag
SkaS	Skaraborgs sjukhus
IVA	Intensivvårdsavdelning
MAVA	Medicinsk akutvårdsavdelning
KOL	Kronisk obstruktiv lungsjukdom

SAMMANFATTNING

Den demografiska förändringen fram till 2030 leder till att kommunernas verksamheter växer samtidigt som mängden arbetsföra minskar. Skaraborgskommunernas behov av legitimerad personal kommer öka under perioden. För att möta nya krav behövs en samlad nulägesbild.

Det sker satsningar runt om i landet, både nationellt, regionalt och lokalt, som syftar till att underlätta för skattefinansierade verksamheter att möta framtiden. Projekt Vårdens medarbetare tittar på möjligheter att samverka kring kompetensförsörjning och kompetensutveckling för legitimerad personal i Skaraborgs kommuner, främst i samband med omställningen till nära vård.

Kommunerna upplever oro inför framtidens rekrytering och bemanning, men ser samtidigt möjliga lösningar i en större samverkan med regionen, i digitalisering av arbetssätt och införande av välfärdsteknik i verksamheterna samt i systematisk utbildning av befintlig personal.

I fjorton av femton skaraborgskommuner finns idag specialiserade sjuksköterskor, ojämnt fördelade. Distriktssköterska är den vanligaste specialiseringen (92 av 128). Några uttrycker en osäkerhet kring distriktssköterskans roll i kommunal verksamhet framåt. Flera menar att behovet är större av specialister inriktade mot äldreomsorg, psykiatri och avancerad sjukvård i hemmet, så länge läkemedelsförskrivning ingår.

För arbetsterapeuter och fysioterapeuter finns mer begränsade möjligheter att specialisera sig. För dem är det vanligare att läsa fristående kurser på högskola eller kortare kurser/utbildningar i arbetsgivarens regi. Den största utmaningen framåt är rekryteringen av grundutbildad personal inom rehabområdet, då Skaraborg har långt till lärosäten som examinerar dessa. Bristen på personal i dessa yrkesgrupper riskerar att bli ohärlig inom några år. Genom det nya läns-gemensamma avtalet om verksamhetsförlagd utbildning (tecknas våren 2021) hoppas kommunerna få fler studenter att handleda inom rehabområdet.

Det är förhållandevis enkelt för tillfrågade att uttrycka vilken utbildning och kompetensutveckling verksamheten önskar, men när det kommer till förutsättningar för medarbetare att ta del av utbudet så finns ett viktigt utvecklingsarbete att göra. Idag skiljer sig möjligheten att vidareutbilda sig på arbetstid åt mellan kommunerna och det finns anledning att försöka enas om en och samma form, dels för att göra skaraborgsområdet tydligare för sökande till olika tjänster, dels för att undvika konkurrens och behålla personal långsiktigt.

I Skaraborgs kommuner finns stor förståelse för vikten av ständig kompetensutveckling bland legitimerade men ansvariga för verksamheten framhåller att de själva inte hinner arbeta systematiskt i så stor utsträckning som de önskar. Det finns en förhoppning om att kommunalförbundet kan koordinera gemensamma utbildningsinsatser framåt, ett fortsatt samordningsansvar.

I projektets uppdrag har ingått att beskriva vinster med pandemin. Det framkommer att den största vinsten är utvecklingen av digitala arbetssätt, särskilt möten av olika art. Även förmågan till beredskap och kunskapen kring ledarskap ser många har ökat. Dessutom fungerar kommunikation och information mycket bättre, både inom den egna organisationen och med andra vårdgivare.

När det gäller nära vård finns en generell uppfattning om att det är en positiv förändring för patienten på sikt, men oron är stor inför själva omställningen. Kommunerna upplever att de saknar resurser såsom kompetens, personal och utrustning och tycker att det sker en oreglerad övervältring från regionen till kommunerna. Det är viktigt att snabbt få till ökad dialog om omställningen. Dialog planeras i samband med förankring av Läns-gemensam utvecklingsstrategi (färdplan) för God och nära vård men kan behöva komma igång tidigare, förslagsvis koordinerat av kommunalförbundet.

/Karin Skarin, projektledare

BAKGRUND

Stimulansmedel har tilldelats Sveriges kommuner, att användas för att förbättra förutsättningar för vårdens medarbetare i omställningen till en nära vård. Skaraborgs femton kommuner tilldelades drygt 12 miljoner under 2020 och ytterligare medel under 2021, varav socialcheferna valt att placera viss del centralt på kommunalförbundet, att använda i ett gemensamt projekt kallat Vårdens medarbetare. Projektet inleddes 1 september 2020 och pågår till 31 augusti 2021.

Avgränsning

Beslut fattades om att avgränsa projektet enligt följande:

1. Samverkan kring kompetensförsörjning /kompetensutveckling för legitimerad personal inom hälso- och sjukvårdsområdet (sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster)...
2. ...främst i samband med omställningen till nära vård.

Uppdrag i projektet (syfte)

1. Det huvudsakliga uppdraget är att tillsammans med kommunerna ta fram en aktivitetsplan för gemensamma satsningar inom kompetensområdet, riktad till legitimerad personal.

Övriga fyra uppdrag är att:

2. föra dialog med kommunerna om vad omställningen till nära vård innebär för kommunperspektivet
3. utforska möjligheter till vidareutbildning för legitimerad personal, främst i samarbete med Högskolan i Skövde
4. samverka med e-hälsosamordnare med syfte att stödja kommunerna i att utveckla digitala tjänster och verktyg
5. inventera vad som vunnits under pandemin

Genomförande

Under oktober-december 2020 har kommunerna lämnat in underlag till projektet. Kommunerna har också deltagit vid intervjuer som genomförts digitalt. Intervjutillfällena har varit två timmar och kommunerna har besvarat ett tjugotal frågor. Vid intervjutillfällena har verksamhetschef för hälso-och sjukvård och/eller medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller chef för legitimerad personal deltagit. Vissa kommuner har också valt att ta med legitimerad personal vid intervjutillfället, vilket fördjupat och breddat svaren ytterligare. Sammanlagt har fyrtiofem personer i femton kommuner deltagit.

Även e-hälsosamordnare vid VästKom har deltagit vid en intervju och samtal har förts vid ett par tillfällen med representanter från Högskolan i Skövde.

Efter insamling av uppgifter har projektet sammanställt allt i denna rapport. Målsättningen med rapporten är främst att lyfta fram nuläget i Skaraborg utifrån de fem uppdragen. I slutet av rapporten finns också förslag till gemensamma satsningar inom kompetensområdet.

Samtidigt som det har varit utmanande att bedriva projektet digitalt har det visat sig fullt möjligt att genomföra den inledande delen (förstudien) utan att träffa projektets kontaktpersoner fysiskt. Alla har varit flexibla och behjälpliga och på så vis möjliggjort rapporten.

FRAMTID

Det finns stora möjligheter till utveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet tack vare ny välfärdsteknik, digitalisering av arbetssätt och kompetenssatsningar inom många områden. Det finns också utmaningar varav den främsta är förändringar i demografin, som å ena sidan medför färre i arbetsför ålder och minskade skatteintäkter och å andra sidan leder till växande verksamheter. Den demografiska utvecklingen skiljer sig till viss del åt mellan olika delar av Skaraborg men gemensamt är att pensionsavgångarna varit/är höga under en period och att andelen medborgare över 80 år ökar kommande tio år, som en naturlig följd av fyrtio-och femtiotalens stora barnkullar.

Förändringarna i demografin påverkar bemannings- och rekryteringsläget. Att andelen 80 år och äldre ökar leder så småningom till att allt fler behöver insatser från kommunal hälso- och sjukvård, vilket påverkar bemanning och kvalitet när verksamheter växer i omfattning. Samtidigt som andelen äldre ökar markant så ökar inte gruppen arbetsföra i samma utsträckning. De äldre i landet blir 50 % fler fram till 2030 medan de i arbetsför ålder ökar med ungefär 5 % under samma tidsperiod och hela den ökningen står vår nysvenska befolkning för (se *Möt välfärdens kompetensutmaning – rekryteringsrapport 2020*, SKR).

Det finns därmed stora rekryterings- och kvalitetsutmaningar framåt, där kommunernas utveckling inom tre områden mest kommer påverka vilket resultat vi får:

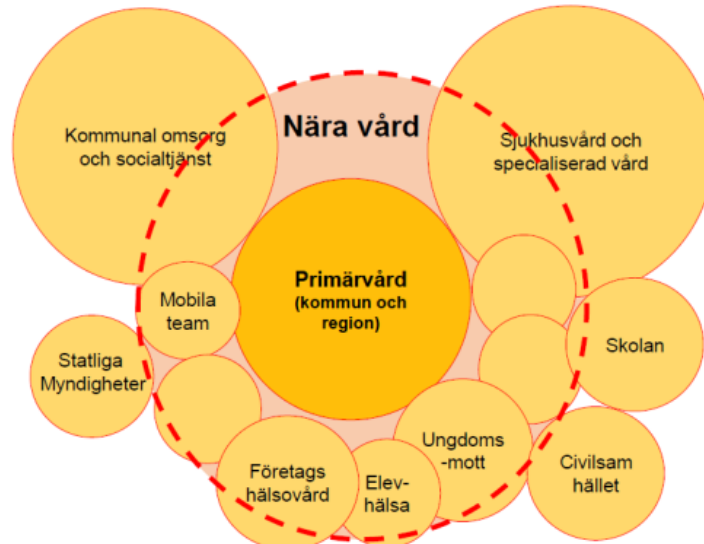
- bemanning
- kompetensutveckling
- digitalisering/välfärdsteknik

Samverkan och innovation är avgörande begrepp och behovet av att ta sig ur gamla arbetssätt är stort.

Omställning till en nära vård

I Anna Nergårdhs utredning *God och Nära vård - En reform för ett hållbart hälso-och sjukvårdssystem, SOU 2020:19* formuleras behovet av att förändra svenskt sjukvårdssystem i grunden. Demografin är en gemensam utmaning för hela riket som ställer stora krav på förnyad resurshantering. Hur väl regioner och kommuner lyckas förflytta vården från institutionerna (sjukhus/slutenvård) ut till primärvården (som kommunerna är en del av) kommer bli avgörande för kvalitet, patientsäkerhet och ekonomi framöver.

Hittills har vi haft en sjukhustung vård som fokuserat på det akuta och på att flytta patienten in i systemet när denna blivit sjuk. Nu ska vi flytta sjukvårdssystemet och resurserna ut till patienten, dels för att förebygga och förhindra så mycket sjukdom som möjligt genom tidiga och rätt insatser men också för att ge vård så nära patienten det bara går, i samverkan med patienten själv och dennas anhöriga.



Bilden (SKR) vill visa att nära vård inte handlar om en ny organisationsform utan om behov för ny samverkan och nya arbetssätt, med primärvården som nav. Den närmsta vården är den patienten kan ge sig själv och all vård ska vara **personcentrerad, relationsinriktad** och **proaktiv** istället för organisationscentrerad och reaktiv.

OMVÄRLD

Det pågår arbete inom sjukvårdsområdet i hela landet för att,

- klara den demografiska utvecklingen rent bemanningsmässigt
- ställa om till en nära vård

Sveriges Kommuner och Regioner har en viktig samordnande och stöttande roll i förändringen och utkommer regelbundet med uppdaterad information om hur arbetet fortlöper ute i landet. För den som vill få en uppfattning om omställningen till nära vård finns dels Näravårdpodden, dels SKR:s hemsida (www.skr.se) där mycket information samlats under sökbegreppet *nära vård*.

Kommunerna i Skaraborg befinner sig i olika skeenden i utvecklingen. Några upplever inte att äldreomsorgen börjat växa i omfattning ännu eller att omställningen till nära vård påverkar verksamheten särskilt mycket medan andra kommuner upplever stor förändring av andelen vård- och omsorgssökande som är 80 år och äldre, främst inom hemtjänsten. Samtidigt upplever de att regionen lägger över allt mer ansvar på kommunen att utföra avancerad vård i hemmen, utan att tillföra resurser. Framöver kommer förändringen nå alla och samverkan ihop med tydliga ansvarsgränser blir avgörande för resultatet.

Situationen är likartad för andra kommuner inom VästKoms område och i kommunalförbunden intill Skaraborg pågår projekt och insatser för att hjälpa kommunerna möta framtiden. Kompetensutveckling är en viktig del i det. Göteborgsregionen tar just nu fram en digital lärplattform riktad till legitimerad personal inom hälso- och sjukvårdsområdet (för jämförelse, läs om Yrkesresan) och i Fyrbodal och i Sjuhärad har nyligen projektledare tillsatts för att hjälpa kommunerna där att samordna kompetensförsörjning och kompetenssatsningar för vårdens medarbetare, såsom i det här projektet.

I samverkan mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och VästKom pågår framtagning av nytt/reviderat hälso- och sjukvårdsavtal och en *Länsgemensam utvecklingsstrategi (färdplan) för God och Nära vård* är under utveckling. Den syftar till att säkerställa ett gemensamt synsätt och en överenskommen hantering mellan huvudmännen i omställningen till nära vård.

Det sjuder av utvecklingsarbete, projekt och satsningar inom kompetens- och kunskapsområdet i hela regionen och det är svårt att få en överblick över allt som pågår. Pandemin har visserligen bromsat en del satsningar men också skjutsat igång andra, särskilt inom det digitala området. Nedan följer en förteckning över några pågående arbeten i omvärlden som påverkar projektets inriktning:

- närliggande kommunalförbunds projekt riktade till Vårdens medarbetare
- revideringen av hälso- och sjukvårdsavtalet
- framtagningen av Länsgemensam utvecklingsstrategi (färdplan) för God och Nära vård
- Högskolan i Skövdes (och andra närliggande lärosätens) utveckling av sitt utbud inom hälso- och sjukvårdsområdet
- Nationella vårddkompetensrådet, med syfte att samordna kompetensförsörjningsinsatser mellan regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslerämbetet (nyligen har ett regionalt vårddkompetensråd inrättats i Västra Götaland)

NULÄGE I SKARABORGS KOMMUNER

Inför den här sammanställningen har kontaktpersonerna (oftast chef för legitimerad personal) ombetts inkomma med följande uppgifter:

- antal legitimerade medarbetare (sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast)
- födelseår (för att kunna bedöma åldersstruktur)
- utbildning (grund/specialist)
- antal patienter (patientansvar)
- arbetad sysselsättningsgrad/grundanställning
- tillsatt/vakant

Det visade sig att detta inte är något som kommunerna följer systematiskt över tid och därför medförde inrapporteringen av resultaten viss handpåläggning för projektets kontaktpersoner.

När samtliga kommuner återkommit med uppgifter genomfördes en sammanställning, som redovisas i tabell 1–10. Viktigt att ha i åtanke är att siffrorna är föränderliga, det som rapporterades in under hösten 2020 kan i viss mån ha förändrats våren 2021. Av den anledningen uppmanas samtliga kommuner att löpande följa och uppdatera sin personalstatistik.

Strukturella förutsättningar

Grundförutsättningarna i kommunerna ser i viss mån olika ut. Till exempel framgår att Gullspång och Karlsborg har flest andel medborgare över 80 år medan Skara och Skövde har yngst befolkning (se tabell 1).

Samtidigt skiljer sig mängden legitimerade åt i kommunerna, där Skara, Karlsborg och Töreboda har högst andel sjuksköterskor i förhållande till antalet 80 år och äldre (Skara och Töreboda har också högst andel specialister) medan Mariestad och Tibro har en lägre andel sjuksköterskor baserat på den äldre invånargruppen (se tabell 1 och 2).

Tabell 1: antaluppgifter i förhållande till kommunstorlek/demografi

Kommun (storlek, 80 +, antal m HSL- insatser, antal legitimerade)	Antal invånare (2019)	Antal invånare 80+ (2019)	Antal invånare 80+ i procent (2019)	Antal inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård	Andel av invånarna inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård	Totalt antal sjuksköterskor	- varav specialister totalt (distriktsköterskor)	Totalt antal arbetsterapeuter*	Totalt antal fysioterapeuter /sjukgymnaster*	Totalt antal legitimerade
Essunga	5 654	372	6,6%	127	2,2%	13	1 (0)	2	2	17
Falköping	33 246	2 147	6,5%	959	2,9%	73	23 (17)	10	8	91
Grästorp	5 693	394	6,9%	160	2,8%	12	5 (1)	2	3	17
Gullspång	5 280	405	7,7%	159	3,0%	14	4 (2)	3	2	19
Götene	13 207	791	6,0%	326	2,5%	23	8 (7)	4	3	30
Hjo	9 210	612	6,6%	244	2,6%	19	0 (0)	4	3	26
Karlsborg	6 940	504	7,3%	199	2,9%	19	1 (1)	3	2	24
Lidköping	40 089	2 451	6,1%	959	2,4%	71	21 (12)	16	15	102
Mariestad	24 537	1 778	7,2%	779	3,2%	36	6 (6)	8	8	52
Skara	18 837	1 061	5,6%	481	2,6%	40	17 (12)	7	5	52
Skövde	56 366	3 042	5,4%	1 354	2,4%	93	22 (18)	19	15	127
Tibro	11 240	790	7,0%	239	2,1%	19	1 (1)	4	4	27
Tidaholm	12 846	898	7,0%	295	2,3%	26	5 (4)	4	3	33
Töreboda	9 293	586	6,3%	279	3,0%	24	9 (6)	6	4	34
Vara	16 024	1 003	6,3%	422	2,6%	32	5 (5)	5	5	42
Totalt Skaraborg	268 462	16 834	6,3%	6982	2,6%	514	128 (92)	97	82	693

* bland arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster finns endast ett fåtal med magister-/specialistutbildning i hela Skaraborg varför dessa ej särredovisas

Förutom att se till antal invånare i kommunen och till antal/andel som är 80 år och äldre finns ytterligare en aspekt att ta hänsyn till: antal/andel medborgare som får kommunal hälso- och sjukvård. I genomsnitt får 2,6 % av skaraborgskommunernas medborgare insatser av legitimerad personal (eller delegerade insatser utförda av omvårdnadspersonal). Siffran visar enbart antalet som är inskrivna och säger ingenting om vårdtyngden, därav har projektet valt att göra flest jämförelser i den här rapporten i förhållande till andelen 80 år och äldre.

En annan viktig faktor att ta hänsyn till är att kommunernas arbetssätt och organisation kan påverka behovet av legitimerad personal varför det är av större intresse att jämföra med sig själv över tid än med andra kommuner.

Fokus på ökning av andel äldre kommande fem år

Enklast att följa över tid när det gäller den demografiska utvecklingen (och mest relevant att följa i omställningen till nära vård) är andel invånare som är/blir 80 år och äldre. Det är en generation som flyttar långt i mindre utsträckning och därmed kan förväntas vara kvar och bli gamla i hemkommunen. Det är också en grupp som statistiskt sett kommer få behov av insatser från kommunal hälso- och sjukvård i större utsträckning än andra grupper. Därmed inte sagt att yngre personer och personer med funktionsnedsättning inte också är/kan bli i behov av kommunal hälso- och sjukvård.

Andel legitimerad personal i förhållande till befolkning/behov

För att få en uppfattning om hur väl bemannad organisationen är i förhållande till befolkningen har en jämförelse gjorts där hänsyn tas till å ena sidan antalet 80 år och äldre i befolkningen och å andra sidan antalet invånare med insatser från kommunal hälso- och sjukvård (tabell 2). Vissa kommuner kan då se ut att vara bättre bemannade i förhållande till antalet äldre än i förhållande till hur många som är i behov av insatser medan det för andra kommuner är tvärtom (till exempel Tibro). Vårdtyngden går ej att utläsa i jämförelsen.

Tabell 2: jämförelse bemanning i förhållande till invånare 80+ samt invånare med HSL-insatser

Kommun <i>(andel legitimerade i förhållande till invånare 80+ och till andel invånare med kommunal hälso- och sjukvård)</i>	Andel sjuksköterskor i förhållande till invånare 80 +	- varav specialister	Andel arbetsterapeuter i förhållande till invånare 80 +	Andel fysioterapeuter /sjukgymnaster i förhållande till invånare 80 +	Andel sjuksköterskor i förhållande till invånare med kommunal hälso- och sjukvård	Andel specialister i förhållande till invånare med kommunal hälso- och sjukvård	Andel arbetsterapeuter i förhållande till invånare med kommunal hälso- och sjukvård	Andel fysioterapeuter /sjukgymnaster i förhållande till invånare med kommunal hälso- och sjukvård
Essunga	3,5%	0,3%	0,5%	0,5%	10,2%	0,8%	1,6%	1,6%
Falköping	3,4%	1,1%	0,5%	0,4%	7,6%	2,4%	1,0%	0,8%
Grästorps	3,0%	1,3%	0,5%	0,8%	7,5%	3,1%	1,3%	1,9%
Gullspång	3,5%	1,0%	0,7%	0,5%	8,8%	2,5%	1,9%	1,3%
Götene	2,9%	1,0%	0,5%	0,4%	7,1%	2,5%	1,2%	0,9%
Hjo	3,1%	0,0%	0,7%	0,5%	7,8%	0,0%	1,6%	1,2%
Karlsborg	3,8%	0,2%	0,6%	0,4%	9,5%	0,5%	1,5%	1,0%
Lidköping	2,9%	0,9%	0,7%	0,6%	7,4%	2,2%	1,7%	1,6%
Mariestad	2,0%	0,3%	0,4%	0,4%	4,6%	0,8%	1,0%	1,0%
Skara	3,8%	1,6%	0,7%	0,5%	8,3%	3,5%	1,5%	1,0%
Skövde	3,1%	0,7%	0,6%	0,5%	6,9%	1,6%	1,4%	1,1%
Tibro	2,4%	0,1%	0,5%	0,5%	7,9%	0,4%	1,7%	1,7%
Tidaholm	2,9%	0,6%	0,4%	0,3%	8,8%	1,7%	1,4%	1,0%
Töreboda	4,1%	1,5%	1,0%	0,7%	8,6%	3,2%	2,2%	1,4%
Vara	3,2%	0,5%	0,5%	0,5%	7,6%	1,2%	1,2%	1,2%
Totalt Skaraborg	3,1%	0,8%	0,6%	0,5%	7,4%	1,8%	1,4%	1,2%

Andel sjuksköterskor med specialistutbildning

Endast en fjärdedel av sjuksköterskorna som idag är anställda i någon av Skaraborgs kommuner har en specialistutbildning (tabell 3). Fördelningen mellan kommunerna är mycket ojämn, där Skara, Grästorp och Töreboda har flest specialister (43 %, 42 % och 38 %) medan Hjo vid inrapportering helt saknar specialistutbildade sköterskor.

Tabell 3: andel specialistutbildade sjuksköterskor

Kommun (andel specialistutbildade sjuksköterskor)	Antal sjuksköterskor	Antal specialister	Andel sjuksköterskor med specialistutbildning
Essunga	13	1	8%
Falköping	73	23	32%
Grästorp	12	5	42%
Gullspång	14	4	29%
Götene	23	8	35%
Hjo	19	0	0%
Karlsborg	19	1	5%
Lidköping	71	21	30%
Mariestad	36	6	17%
Skara	40	17	43%
Skövde	93	22	24%
Tibro	19	1	5%
Tidaholm	26	5	19%
Töreboda	24	9	38%
Vara	32	5	16%
Totalt	514	128	25%

Minskad täthet på grund av demografiska förändringar

Tabell 4 visar hur de legitimerade minskar i förhållande till gruppen 80 år och äldre. I Falköping där det idag finns 1 (1,02) sjuksköterska per 30 invånare 80+ kommer tätheten ha sjunkit till 0,95 inom fem år om ingenting görs. Jämför vi med Lidköping så är tätheten idag cirka 0,9 sjuksköterska per 30 invånare 80+ och om fem år kommer tätheten ha sjunkit till 0,7, alltså en betydligt större minskning än i Falköping (förutom att Lidköping har en lägre täthet i grunden enligt den här beräkningen). Orsaken till den större minskningen är att andelen äldre förväntas öka i större omfattning i Lidköping än i Falköping.

Tabell 4: Antal legitimerade per 30 invånare 80+, idag och om fem år

Kommun <i>(täthet om 5 år, kolada.se/SCB)</i>	Antal invånare 80+ (2019)	Antal invånare 80+ om 5 år	Totalt antal sjuksköterskor idag per 30 invånare 80 + (täthet)*	Totalt antal sjuksköterskor om 5 år per 30 invånare 80 + (täthet)*	Totalt antal arbetsterapeuter idag per 30 invånare 80 + (täthet)*	Totalt antal arbetsterapeuter om 5 år per 30 invånare 80 + (täthet)*	Totalt antal fysioterapeuter idag per 30 invånare 80+ (täthet)*	Totalt antal fysioterapeuter om 5 år per 30 invånare 80 + (täthet)*	Totalt antal legitimerade idag per 30 invånare 80 + (täthet)	Totalt antal legitimerade om 5 år per 30 invånare 80 + (täthet)
Essunga	372	424	1,05	0,92	0,16	0,14	0,16	0,14	1,37	1,20
Falköping	2 147	2309	1,02	0,95	0,14	0,13	0,11	0,10	1,27	1,18
Grästorp	394	439	0,91	0,82	0,15	0,14	0,23	0,21	1,29	1,16
Gullspång	405	504	1,04	0,83	0,22	0,18	0,15	0,12	1,41	1,13
Götene	791	979	0,87	0,70	0,15	0,12	0,11	0,09	1,14	0,92
Hjo	612	781	0,93	0,73	0,20	0,15	0,15	0,12	1,27	1,00
Karlsborg	504	675	1,13	0,84	0,18	0,13	0,12	0,09	1,43	1,07
Lidköping	2 451	2995	0,87	0,71	0,20	0,16	0,18	0,15	1,25	1,02
Mariestad	1 778	2118	0,61	0,51	0,13	0,11	0,13	0,11	0,88	0,74
Skara	1 061	1245	1,13	0,96	0,20	0,17	0,14	0,12	1,47	1,25
Skövde	3 042	3520	0,92	0,79	0,19	0,17	0,15	0,13	1,25	1,08
Tibro	790	899	0,72	0,63	0,15	0,13	0,15	0,13	1,03	0,90
Tidaholm	898	989	0,87	0,79	0,13	0,12	0,10	0,09	1,10	1,00
Töreboda	586	678	1,23	1,06	0,31	0,27	0,20	0,18	1,74	1,50
Vara	1 003	1117	0,96	0,86	0,15	0,13	0,15	0,13	1,26	1,13
Totalt Skaraborg	16 834	19 672	0,92	0,78	0,17	0,15	0,15	0,13	1,24	1,06

*Sjuksköterskor i Skaraborg har oftast patientansvar för mellan 20–40 medborgare, arbetsterapeuter för 50–90 medborgare, fysioterapeuter/sjukgymnaster för 50–150 medborgare

Heltid och deltid

I tabell 4 tittar vi enbart på antalet medarbetare i förhållande till antalet invånare som är 80 år och äldre. Eftersom medarbetare i en kommun kan vara få till antalet men arbeta höga sysselsättningsgrader så blir det också av intresse att visa arbetad sysselsättningsgrad, se tabell 5. Precis som antalet medarbetare skiljer sig åt mellan kommunerna så visar det sig att den genomsnittliga sysselsättningsgraden också varierar. I Hjo, Götene och Lidköping arbetar sjuksköterskor genomsnittligt högst sysselsättningsgrader och i Skara, Töreboda och Vara är sysselsättningsgraderna lägst. OBS! Nattsköterskor ingår i sammanställningen och i vissa kommuner arbetar de betydligt lägre tjänstgöringsgrader. Det finns också kommuner där nattsköterskor arbetar höga sysselsättningsgrader, till och med högre än sköterskorna på dagen.

Medarbetare inom rehabområdet arbetar generellt högre sysselsättningsgrader än sjuksköterskor vilket delvis kan förklaras med att de i regel arbetar dagtid på vardagar och schemalagningen därför gynnar och förenklar heltidsarbete. Det ska tilläggas att det i dessa yrkesgrupper är så få medarbetare ibland att en genomsnittsberäkning kan slå fel: i Gullspång finns två fysioterapeuter varav den ena arbetar heltid och den andra halvtid. Genomsnittet visar därmed att båda arbetar 75 % vilket inte stämmer för någon av dem.

Tabell 5: Genomsnittlig sysselsättningsgrad för legitimerad personal (årsarbetare/antal anställda)

Kommun (antal anställda i förhållande till sysselsättnings- grader)	Totalt antal sjuksköterskor	Sjuksköterskor årsarbetare	Genomsnittlig sysselsättningsgrad	Totalt antal arbetsterapeuter	Arbetsterapeuter årsarbetare	Genomsnittlig sysselsättningsgrad	Totalt antal fysioterapeuter /sjukgymnaster	Fysioterapeuter /sjukgymnaster årsarbetare	Genomsnittlig sysselsättningsgrad
Essunga	13	11,7	90,0%	2	1,8	90,0%	2	1,8	90,0%
Falköping	73	65,8	90,1%	10	9,8	98,0%	8	8,0	100,0%
Grästorp	12	10,6	88,3%	2	1,8	87,5%	3	3,0	100,0%
Gullspång	14	12,2	87,1%	3	2,6	86,7%	2	1,5	75,0%
Götene	23	21,4	93,0%	4	4,0	100,0%	3	3,0	100,0%
Hjo	19	18	94,7%	4	3,2	80,0%	3	3,0	100,0%
Karlsborg	19	17,4	91,6%	3	2,8	93,3%	2	1,8	90,0%
Lidköping	71	67,5	95,1%	16	14,1	88,1%	15	14,1	94,0%
Mariestad	36	32,2	89,4%	8	8,0	100,0%	8	8,0	100,0%
Skara	40	34,6	86,5%	7	6,0	85,7%	5	4,5	90,0%
Skövde	93	82,6	88,8%	19	17,3	91,1%	15	13,5	90,0%
Tibro	19	17,4	91,6%	4	4,0	100,0%	4	3,8	93,8%
Tidaholm	26	23,2	89,2%	4	3,8	95,0%	3	2,9	96,7%
Töreboda	24	20,5	85,4%	6	5,4	90,0%	4	4,0	100,0%
Vara	32	27,8	86,9%	5	5,0	100,0%	5	4,0	80,0%
Totalt Skaraborg	514	462,9	90,1%	97	89,6	92,3%	82	76,9	93,7%

*Bland sjuksköterskor finns medarbetare som arbetar natt. I vissa kommuner har dessa lägre sysselsättningsgrader medan det i andra kommuner inte skiljer sig mellan dag- och nattpersonal.

Vi kan i tabell 5 se att skaraborgskommunerna har sammanlagt 514 sjuksköterskor anställda men att de arbetar motsvarande 463 heltider. Det framgår inte hur mycket fyllnads- och övertid dessa medarbetare gör. När det gäller kompetensförsörjning är det naturligtvis viktigt att se över möjligheten för medarbetarna att arbeta fler timmar, allra helst heltid. Undantag gäller alltid för medarbetare med laglig rätt att arbeta deltid.

För att vidga bilden något har en beräkning gjorts av hur många i respektive yrkesgrupp som arbetar heltid respektive deltid, se tabell 6. Det är i gruppen fysioterapeuter/sjukgymnaster som flest medarbetare arbetar heltid. Den gruppen är allra svårast för Skaraborgs kommuner att rekrytera varför det blir extra viktigt att medarbetaren arbetar så många timmar som möjligt.

Tabell 6: antal heltider/deltider i respektive yrkesgrupp

Kommun (antal i respektive yrkesgrupp som ar- betar heltid)	Antal sjuksköterskor som arbetar heltid (deltid)	Antal arbetsterapeuter som arbetar heltid (del- tid)	Antal fysioterapeuter /sjukgymnaster som arbetar heltid (deltid)
Essunga	2 (11)	1 (1)	1 (1)
Falköping	42(31)	9 (1)	8 (0)
Grästorp	5 (7)	1 (1)	3 (0)
Gullspång	4 (10)	1 (2)	1 (1)
Götene	18 (5)	4 (0)	3 (0)
Hjo	14 (5)	1 (3)	3 (0)
Karlsborg	10 (9)	2 (1)	1 (1)
Lidköping	54 (17)	11 (5)	10 (5)
Mariestad	19 (17)	8 (0)	8 (0)
Skara	20 (20)	4 (3)	3 (2)
Skövde	53 (40)	13 (6)	8 (7)
Tibro	14 (5)	4 (0)	2 (2)
Tidaholm	13 (13)	2 (2)	2 (1)
Töreboda	14 (10)	3 (3)	4 (0)
Vara	12 (20)	5 (0)	5 (0)
Totalt Skaraborg	294 (220)	69 (28)	62 (20)

Det finns en gammal tradition inom kommunal hälso- och sjukvård av att anställa medarbetare på deltid i ett försök att hålla nere kostnader. Den tillämpningen påverkar medarbete-

res möjlighet till försörjning och så småningom pension, vilket i sin tur är en jämställdhetsfråga, men det påverkar också verksamheten, när medarbetare vant sig vid att endast anställas och arbeta deltid när verksamheten egentligen behöver fler av deras timmar. I samband med den demografiska utvecklingen pågår ett arbete i hela landet för att ställa om bemanningsprocesserna så att medarbetare i större utsträckning kan, får och förväntas arbeta heltid. I Lidköping har ett omfattande arbete gjorts i den riktningen under flera år och det framgår att en större andel sjuksköterskor där arbetar heltid än inom många andra skaraborgskommuner och att den genomsnittliga sysselsättningsgraden är uppe i 95,1 %, att jämföra med Skövde där sysselsättningsgraden bland sjuksköterskor är i genomsnitt 88,8 % (tabell 5).

Rekryteringsbehov framöver

Varje kommun ombads insända sin kompetensförsörjningsplan för område legitimerade. Några kommuner visade sig ha en plan för utbildning/kompetensutveckling (Götene, Lidköping och Tidaholm (i viss mån även Mariestad)) men ej för kompetensförsörjning i sin helhet, då även kompetenskrav, bemanningsmål, demografisk utveckling, förväntad personalomsättning och prognostiserat rekryteringsbehov bör ingå. Endast en kommun i Skaraborg har i viss omfattning en kompetensförsörjningsplan (Hjo). För att fånga åtminstone en aspekt för alla som påverkar kompetensförsörjningen framåt lade projektet därför till att varje legitimerads födelsetår skulle rapporteras in tillsammans med övriga data, för att på så vis kunna redogöra åldersstruktur och ungefärliga pensionsavgångar bland legitimerade i samband med pågående generationsväxling. Fler faktorer än så påverkar naturligtvis behovet av rekrytering, varav några tas upp i kommande stycken.

Som tidigare nämnts ökar andelen äldre i samtliga kommuner och i takt med det minskar tätheten eftersom varje legitimerad får fler patienter att ge insatser till. Kanske går det att öka mängden patienter om verksamheten samtidigt förändrar sina arbetssätt eller så klarar verksamheten fler pati-

enter för att befintliga medarbetare ökar sin arbetstid (jobbar heltid). Det kan också vara så att kommunerna måste anställa fler medarbetare för att på så vis kunna bevara tätheten när demografin ändras och i omställningen till nära vård.

Rekryteringsbehov styrs av fler delar än pensionsavgångar och demografi. Dels påverkar lagstiftning, ansvar och arbets sätt behovet av personal (exempelvis omställningen till nära vård), dels påverkar frånvaro och personalomsättning som sker av andra orsaker än pensionsavgångar. Det kan handla om rörlighet på grund av att medarbetare byter arbetsgi vare/arbetsplats eller så kan det handla om medarbetare som är föräldralediga eller tjänstlediga en längre period, kanske för studier. Denna form av rörlighet/frånvaro går att uppskatta genom att titta bakåt i tiden. Ofta finns en procentuell förändring löpande även om orsakerna kan skilja sig nå got åt. Den förändringen är möjlig att ta hänsyn till i plane ringen.

Rekrytering: pensionsavgångar och ökad andel äldre

I Tabell 7 framgår dels hur många legitimerade medarbetare som fyller 65 år under kommande femårsperiod, dels hur många fler "huvuden" som behöver rekryteras för att behålla tätheten när antalet 80 år och äldre ökar.

Tabell 7: Rekryteringsbehov på grund av pensionsavgångar och på grund av ökad andel invånare 80+

Kommun (rekryteringsbehov kommande 5-årsperiod) *	Totalt antal sjuksköterskor som fyller 65 år inom 5 år	- varav specialister totalt (distriktssköterskor)	Totalt antal arbetsterapeuter som fyller 65 år inom 5 år	Totalt antal fysioterapeuter som fyller 65 år inom 5 år	Totalt antal legitimerade som fyller 65 år inom 5 år	Utökning för att bevara täthet när antalet 80 + ökar: sjuksköterskor	Utökning för att bevara täthet när antalet 80 + ökar: arbetsterapeuter	Utökning för att bevara täthet när antalet 80 + ökar: fysioterapeuter	Utökning för att bevara täthet när antalet 80 + ökar: Legitimerade totalt
Essunga	1	0 (0)	0	0	1	1,8	0,3	0,3	2,4
Falköping	13	5 (5)	1	0	14	5,5	0,8	0,6	6,9
Grästorp	4	2 (0)	1	0	5	1,4	0,2	0,3	1,9
Gullspång	3	1 (0)	2	0	5	3,4	0,7	0,5	4,6
Götene	6	2 (2)	0	0	6	5,5	1,0	0,7	7,1
Hjo	3	0 (0)	2	0	5	5,2	1,1	0,8	7,2
Karlsborg	3	0 (0)	1	0	4	6,4	1,0	0,7	8,1
Lidköping	12	5 (2)	4	3	19	15,8	3,6	3,3	22,6
Mariestad	3	2 (2)	2	1	6	6,9	1,5	1,5	9,9
Skara	6	3 (2)	2	0	8	6,9	1,2	0,9	9,0
Skövde	13	3 (3)	3	1	17	14,6	3,0	2,4	20,0
Tibro	3	0 (0)	0	0	3	2,6	0,6	0,6	3,7
Tidaholm	7	1 (1)	0	0	7	2,6	0,4	0,3	3,3
Töreboda	6	3 (2)	1	0	7	3,8	0,9	0,6	5,3
Vara	8	1 (1)	0	0	8	3,6	0,6	0,6	4,8
Totalt Skaraborg	91	28 (20)	19	5	115	86,7	16,8	14,1	117,6

* Utöver ett ökat antal äldre (i behov av HSL-insatser) samt pensionsavgångar bland anställda finns övrig personalomsättning samt omställningen till nära vård att ta hänsyn till

Utifrån beräkningen i tabell 7 behöver Skaraborg rekrytera 115 legitimerade under kommande fem år bara för att ersätta dem som går i pension och 118 (117,6) nya huvuden behövs för att bevara tätheten i verksamheten. Beräkningen utgår från att inga andra förändringar sker i verksamheten under tiden, att behovet av insatser varken ökar eller minskar eller att arbetssätt i verksamheten/inom bemanningsområdet ändras.

Åldersstruktur i olika medarbetargrupper

För att få en bild av åldersstrukturen i respektive yrkesgrupp har en sammanställning gjorts som visar att gruppen arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster är en generellt yngre medarbetargrupp jämfört med sjuksköterskor, där fler är 55 år och äldre (se tabell 8–10). Särskilt bland fysioterapeuter finns få som är över 55 år.

Tabell 8: Fördelning olika åldrar bland sjuksköterskor

<i>Kommun (sjuksköterskor fördelade i åldersgrupper)</i>	Antal sjuksköterskor upp till 39 år	Antal sjuksköterskor 40–54 år	Antal sjuksköterskor 55–59 år	Antal sjuksköterskor över 60 år
Essunga	6	4	2	1
Falköping	16	30	14	13
Grästorp	4	2	2	4
Gullspång	5	5	1	3
Götene	6	9	2	6
Hjo	6	6	4	3
Karlsborg	6	7	3	3
Lidköping	20	27	12	12
Mariestad	19	12	2	3
Skara	13	12	9	6
Skövde	31	41	8	13
Tibro	6	9	1	3
Tidaholm	8	8	3	7
Töreboda	6	8	5	5
Vara	9	9	6	8
Totalt	161	189	74	90

Tabell 9: Fördelning olika åldrar bland arbetsterapeuter

Kommun (arbetsterapeuter fördelade i åldersgrupper)	Antal arbetsterapeuter upp till 39 år	Antal arbetsterapeuter 40–54 år	Antal arbetsterapeuter 55–59 år	Antal arbetsterapeuter över 60 år
Essunga	1	1	0	0
Falköping	6	2	0	2
Grästorp	1	0	0	1
Gullspång	0	1	0	2
Götene	3	1	0	0
Hjo	1	1	0	2
Karlsborg	1	1	0	1
Lidköping	4	7	1	4
Mariestad	2	3	1	2
Skara	1	3	1	2
Skövde	7	7	2	3
Tibro	1	3	0	0
Tidaholm	3	1	0	0
Töreboda	1	3	1	1
Vara	3	2	0	0
Totalt	35	36	6	20

Tabell 10: Fördelning olika åldrar bland fysioterapeuter

Kommun (fysioterapeuter fördelade i åldersgrupper)	Antal fysioterapeuter upp till 39 år	Antal fysioterapeuter 40–54 år	Antal fysioterapeuter 55–59 år	Antal fysioterapeuter över 60 år
Essunga	1	1	0	0
Falköping	5	3	0	0
Grästorp	2	1	0	0
Gullspång	0	0	2	0
Götene	2	0	1	0
Hjo	1	2	0	0
Karlsborg	1	1	0	0
Lidköping	7	3	2	3
Mariestad	7	0	0	1
Skara	2	2	1	0
Skövde	7	6	0	2
Tibro	1	1	1	1
Tidaholm	3	0	0	0
Töreboda	3	1	0	0
Vara	2	3	0	0
Totalt	44	24	7	7

I åldersgruppen upp till 39 år finns flest medarbetare som stannar hemma med vård av barn och som under perioder är

helt eller delvis föräldralediga. Det kan vara en utmaning för de kommuner som har en ung medarbetargrupp inom ett eller annat område, att frånvaron är hög.

I åldersgruppen 55–59 finns personer som kan ha tio år eller mer kvar att arbeta, men det kan också finnas dem som funderar på att gå i pension tidigt eller åtminstone vill gå ner i arbetstid under de sista åren i yrket. Visserligen finns även den motsatta tendensen, att några kan vilja börja jobba heltid för att få en bättre pension.

I åldersgruppen 60 år och äldre finns dem som fyller 65 år inom fem år. När de slutar försvinner både kunskap och erfarenhet från arbetsgrupperna.

I den åldersgrupp som är 40–54 år finns naturligtvis personer som av olika anledningar slutar sin anställning eller av andra orsaker är frånvarande helt eller i perioder (sjukfrånvaro, tjänstledighet, föräldraledighet) men det handlar mer om individuella skäl än om generella orsaker, som i de andra åldersgrupperna.

Bemanningsprocess utifrån patienternas behov

Att förändra arbetssätt kan leda till ett minskat behov av personal. Nya arbetssätt som kan spara arbetstid finns till exempel inom områdena digitalisering och välfärdsteknik men också generellt inom området administration. Det är också av största vikt att ha en bemanningsprocess som börjar i patienternas/brukarnas behov och inte i de arbetstidsscheman som finns i verksamheten – vi ska inte hjälpa patienterna när vi är på plats, vi ska vara på plats när patienterna behöver oss. Det gäller kommunen såväl som regionen.

Förutom att se över arbetssätt och bemanningsprocess måste verksamheten ställa om från en deltidsorganisation till en heltidsorganisation. Om vi kan använda den redan inarbetade, kompetenta och erfarna personalstyrkan i ännu större utsträckning så gynnas alla av det – patienter, medarbetare och ekonomi.

Upplevda förutsättningar

Förutom att inlämna data som ligger till grund för tabell 1–10 har kommunerna bidragit med kunskap vid en gruppintervju (via webb). Vid intervjutillfället har det varit vanligast att två funktioner deltagit – chef för legitimerade samt MAS – men det finns tillfällen där allt från en upp till sex personer deltagit.

Intervjuerna har pågått cirka två timmar och grundats på ett tjugotal frågor (se bilaga). Samtliga kommuner har besvarat samtliga frågor och en sammanställning av svaren har därefter gjorts. Webbintervjuerna har bidragit till god kunskap om verksamhetsansvarigas syn på kompetensförsörjning och kompetensutveckling.

Samtal har förts vid ett par tillfällen med representanter från Högskolan i Skövde. De har tagit emot de önskemål som finns från kommunerna och arbetar med att försöka anpassa sitt utbud för att ytterligare möta efterfrågan.

Även e-hälsosamordnare vid VästKom har bidragit med sin kunskap i projektet. Svaren finns redovisade under kapitlet som handlar om digitalisering och välfärdsteknik.

Intervjuades syn på rekryteringsläget idag

Det framgår att kommunerna antingen haft en hög personalomsättning bland legitimerad personal för några år sedan och nu har uppnått ett något mer stabilt läge eller så befinner sig kommunen just nu i en turbulent period. "För fem år sedan ringde folk utifrån och frågade om ingen skulle sluta inom rehab snart, för det var så liten omsättning, men de senaste fyra åren har vi bytt ut alla." Endast en kommun svarar att det är stabilt i personalgrupperna, att det varit det under lång tid och att det fortfarande är förhållandevis enkelt att rekrytera när/om det behövs. Samtliga upplever dock oro inför framtidens utmaningar, åtminstone utifrån den demografiska utvecklingen.

Det finns utmaningar när det kommer till att rekrytera sjuksköterskor och då främst specialister och/eller till obekväma

arbetstid. Vissa upplever att distriktssköterskor är svåra/omöjliga att få tag på medan andra säger att de i viss mån är möjliga att rekrytera men svåra att behålla eftersom de nästan alltid söker sig vidare till en vårdcentral inom kort. Den gemensamma upplevelsen är också att sjuksköterskor i stor utsträckning vill arbeta dagtid på vardagar vilket gör det svårt att bemanna kvällar och helger. Vikarier är i princip omöjliga att hitta och är någon tjänstledig/föräldraledig under en period får verksamheten antingen täcka upp med befintlig personal eller fastanställa en ersättare – ingen inom området behöver tacka ja till en otrygg/tillfällig anställning, vilket ur den anställdas perspektiv samt ur ett hållbarhets- och jämställdhetsperspektiv naturligtvis är positivt.

När det gäller arbetsterapeuter och fysioterapeuter så är det än mer utmanande att rekrytera, nästintill omöjligt upplever många. Allra svårast är det att hitta fysioterapeuter och det kopplas främst till att den närmsta utbildningsorten för dessa är Göteborg medan grundutbildning till arbetsterapeut även finns i Örebro och Jönköping. "Vi har satsat jättemycket på rehabiliterande arbetssätt under många år och är uppskattade som arbetsgivare för det. Och vi utformar våra annonser så att det framgår tydligt. Ändå är det omöjligt att få tag på fysioterapeuter." Endast en kommun uttrycker att rehabområdet inte känns som något problem i rekryteringssammanhang. "Vi har en plan och håller oss till den och än så länge fungerar det."

Att studieorterna ligger långt ifrån Skaraborg leder till att kommunerna mycket sällan/aldrig har några studenter inom rehabområdet såsom inom sjuksköterskeområdet, där avtal finns om att ta emot och handleda ett visst antal sjuksköterskestudenter årligen (avtalet gäller mellan alla femton kommunerna och Högskolan i Skövde). Att inte få ta emot studenter inom rehab påverkar möjligheten att marknadsföra arbetsplatsen redan i ett tidigt stadiet av medarbetarnas utbildning. Det ska tilläggas att någon nämner att det inte alltid är en marknadsföring att låta en student från rehabområdet komma tidigt i sin utbildning till kommunal verksamhet, att det kan vara mer fördelaktigt att studenten först har varit

inom regionen, eftersom arbetet inom kommunen ofta är mer ensamt och därför gynnas av viss erfarenhet. "Det är bättre om studenten kommer till oss år två eller till och med tre i sin utbildning."

Några mindre kommuner i ytterkant av Skaraborg lyfter att kommunikationer och tillgänglighet gör det svårt för dem att rekrytera, att legitimerade från större orter intill inte väljer att "jobba i periferin" eftersom de inte måste. Någon kommun berättar att när rekryteringsbehov uppstår så får chef leta upp legitimerad personal som bor på orten och försöka *headhunta* dessa eftersom de enda som jobbar i verksamheten är dem som bor alldeles i närheten – ingen väljer att pendla dit. "Hos oss är det medarbetarna som rekryterar in sina egna kompisar, särskilt inom rehabområdet, det är enda sättet att få personal", säger någon. I en annan mindre kommun nämner de tvärtom, att de måste söka sig långt utanför den egna kommunens gränser för att ha en chans att hitta sökande, till och med bortom grannkommunerna. "Men pendlar medarbetaren långt, om den inte väljer att flytta hit, så finns alltid oron att hen snart slutar igen."

Ibland/i perioder är rekryteringen så svår att ansvarig chef får vända sig till ett bemanningsföretag alternativt göra ett tjänsteköp från regionen (oftast från en vårdcentral på orten) för att lösa situationen. I enstaka fall blir en sådan lösning långvarig eller regelbundet återkommande, vilket inte gynnar den långsiktiga kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten.

Någon kommun nämner att eftersom de är små så kan de inte tillåta sig att drömma om att anställa alla sorters specialister. Istället måste de satsa på medarbetare med stor bredd. Någon nämner att de också måste fylla tjänster (till exempel natttjänst för sjuksköterska) med andra uppgifter eftersom arbetsuppgifterna annars inte räcker till. "Och inom rehab får arbetsterapeuter ibland göra vissa av fysioterapeuternas arbetsuppgifter, eftersom det är lättare att bemanna med arbetsterapeuter. Det är inte optimalt, men vi har inget alternativ."

Framtid – möjligheter

Det finns en stor förhoppning framåt om att det nya avtalet om mottagning av studenter ska omfatta fler högskolor i närområdet och dessutom samtliga yrkesgrupper, att avtal ska tecknas även inom rehabområdet. "Vi är beroende av att ta emot många studenter, för har vi tur kommer några tillbaka och blir våra anställda", säger flera.

Flera hoppas också mycket på att Högskolan i Skövde ska inleda samarbeten med andra lärosäten för att kunna ge distansutbildningar inom fler vårdområden.

Många uttrycker att det ligger stora möjligheter i statliga satsningar och flera hoppas att något liknande Äldreomsorgslyftet kommer även för legitimerade, fast med betoning på specialistkompetens. "Jag hoppas verkligen att staten ser oss den här gången och inte bara regionen."

I en kommun tror ansvarig chef att en lösning framåt är att få intresserade, stresståliga och kompetenta undersköterskor som redan bor och arbetar i kommunen att vidareutbilda sig till legitimerade, men för det krävs också en ekonomisk lösning/statligt stöd. "Vi måste skapa tydliga karriärvägar. Fast baksidan är att vi har vi ont om duktiga undersköterskor också och lyfter man en så blir det ett hål där den varit."

I ett par kommuner nämner de intervjuade sina satsningar på rehabområdet som mycket viktiga, både för patienten men också när det kommer till rekrytering. "Vi måste tänka mycket mer förebyggande och rehab framåt. Inte bara reagera när något hänt utan försöka mota Olle i grind. Det finns massor av forskning som visar alla vinster med preventivt arbete." Några nämner att även sjuksköterskor i mycket större utsträckning måste ha ett preventivt synsätt om vi ska klara framtidens utmaningar.

Några tar upp att en viktig möjlighet är fristående högskolekurser (ibland kallade funktionsutbildningar). "Vi kanske inte ska tänka att vi ska ha distriktssköterskor längre, vi kanske ska tänka grundutbildad sjuksköterska som läst till geriatrik,

förskrivningsrätt och handledning. Mer behövs egentligen inte." Ett par kommuner tar upp att deras personal inte är intresserade av att läsa långa specialistutbildningar, att det är en för stor investering av både tid och pengar, och att de "hellre läser en fristående kurs då och då".

Allt viktigare framåt blir arbetsmiljö och att arbetsgruppen har ett gott rykte tror någon. Några kommuner där det för tillfället är förhållandevis stabilt upplever att det främst beror på det goda rykte som arbetslaget har i omvärlden. Om det är kämpigt i den egna kommunen så är det vanligt att se sig om hos en grannkommun, där arbetsmiljön, psykisk så väl som fysisk, verkar bättre. Även lön är en viktig faktor för många, men det är inte den enda faktorn vid anställning eller byte av arbetsplats. "Vi har lyckats klara oss från att trissa löner och har istället förmedlat andra värden som fått sökande att tacka ja till att jobba hos oss. Lön är inte allt."

Ett sätt att skapa en bra arbetsmiljö och hålla god kvalitet är att få till en fungerande bemanningsbalans, där arbetslaget består av fler medarbetare än bara för att täcka schemat. "Vi har tre anställda utöver som täcker vid frånvaro, till exempel när någon går kurs. Fast det senaste har de även täckt vakanser så vi behöver kanske anställa upp ytterligare..." Flera kommuner kallar det för *överanställningar* istället för *bemannning i balans*. Ofta arbetar dessa personer i resursteam och bemanningspooler och har inte tillgång till samma arbetstids-scheman som övriga anställda.

En annan viktig möjlighet som flera framhåller är samverkan, såsom inom det här projektet. Även om varje kommun själv måste avgöra hur många som är i behov av en viss typ av utbildning och när i tiden så vore det en stor vinst att samordna sig i Skaraborg och tillsammans anordna de utbildningar som alla behöver löpande. "En kommun kan ju stå som värd, men att vi i större utsträckning tänker in varandra och bjuder grannkommunerna att delta."

När det kommer till marknadsföring av området och förstärkning av det generella varumärket så hoppas intervjuade att

effekten av pandemin ska hålla i sig länge, att allmänheten och särskilt unga fått upp ögonen för behovet och utvecklingspotentialen inom vård och omsorg. "Vi måste verkligen smida nu, medan järnet är varmt!"

Teknikutvecklingen och digitaliseringen ses naturligtvis som en stor möjlighet framåt och även det området har fått sig en skjuts av pandemin. "Ta bara egenmonitoreringen, alla värden som patienten själv kan ta och rapportera in, som gör att sjukhuset och vårdcentralen kan hålla koll på distans och se när det är dags att söka vård. Idag åker oroliga patienter in akut när de egentligen inte behöver. Vi i kommunen är med och skickar in dem, för att vi också är osäkra och oroliga. Tekniken skapar trygghet!"

Omställningen till nära vård bör också skapa fler självklara vägar att samordna kompetensutveckling och bemanning med regionen, menar några. "De skulle tjäna jättemycket på att bjuda in oss till alla sina utbildningar. Tänk bara hur många färre patienter som skulle behöva söka sig till sjukhus eller vårdcentral om vi har bättre kunskap och kan sätta in rätt insatser tidigt i hemmen." Någon framhåller också vikten av att knyta ihop professioner över huvudmannagränser. "Rehab i kommunen och rehab på vårdcentralen borde samarbeta mycket mer och hjälpas åt. Det skulle gynna alla."

Även över kommungränser framhålls möjligheter. "Tänk bara nu när alla vant sig vid webbmöten, nu kan vår demenssköterska enkelt bistå sjuksköterskor i andra kommuner med kunskap och så kan vi få rådgivning av deras psykiatrisköterskor."

Framtid - hot

Flera oroar sig för kommande pensionsavgångar och förlorad kompetens/erfarenhet samtidigt som det finns dem som nämner att det kan vara positivt med en förnygring utifrån utvecklingsvilja i arbetslaget. De som har unga arbetsgrupper oroar sig i sin tur för hög frånvaro på grund av föräldraledigheter/vård av barn och någon säger att, "visst är det positivt med en ung och driven arbetsgrupp men det finns utmaning-

ar också, i form av bristande erfarenhet i yrket och stundande familjebildning." Den bästa arbetsgruppen är som alltid den mixade, både vad gäller erfarenhet, ålder, kön och etnicitet.

När allt mer av vården flyttas ut från akut- och slutenvården till primärvården och hemmen (nära vård) så ställs högre krav på fler specialistkompetenser längre ut i kedjan. Kommunerna kommer antingen behöva ta över kompetens som idag finns i regionen eller vidareutbilda redan befintliga medarbetare i mycket stor utsträckning och anställa fler medarbetare. Det är en stor utmaning, att dels frigöra medarbetare för att dessa ska kunna studera, dels få tag på nya medarbetare. Många oroar sig för möjligheterna att få tag på specialister framöver. "Vi kommer hamna i ett läge där vi alla måste utöka antalet anställda och det kommer inte finnas huvuden så att det räcker åt oss allihop." Oron för bristen på arbetsterapeuter och fysioterapeuter är också mycket stor. "Utbildningarna har inte klarat av att hålla takt med behovet ute i landet, det tillskapas alldeles för få medarbetare inom dessa yrkesgrupper."

Att det saknas en nationell förståelse för kommunernas roll i hälso- och sjukvården oroar många. "Hur ska vi klara hela den här omställningen och framtidens utmaningar om staten bara ser regionerna?" Flera påtalar vikten av statliga satsningar på kommunerna, inte minst på kompetensutveckling för befintlig personal men också i form av skattemedel för att kommunerna ska kunna anställa fler. "Det måste till en skatteväxling. Just nu löser regionen sin dåliga ekonomi genom att lämpa över patienter till oss, som om vi hade det bättre ställt? De instruerar oss om patientens diagnos men vi får inte med all den utrustning som finns på avdelningarna, den får vi köpa in själva, och vi får ingen personal utan ska klara samma specialistvård ensamma i hemmet som de har en hel avdelning till på sjukhuset. Här har någon tänkt jättefel!"

Det finns en stor önskan i verksamheten såväl som nationellt om att minska den administrativa tiden. Istället finns en upplevelse av att utvecklingen går i motsatt riktning, att admi-

nistrationen bara ökar och ökar. "Vi kommer skriva ihjäl oss en vacker dag", säger någon. I några kommuner omnämns rädsla för att göra fel och oro för att få kritik vid en granskning vilket leder till att stora mängder arbetstid bland legitimerade läggs på att dokumentera rätt i alla system. "Bara MAS:en har nittioen rutiner för dem som jobbar i verksamheten, det tar tid att hålla koll på. Istället borde vi lägga all den tiden på att bygga relationen med patienten och prata med dennas anhöriga, då minskar risken för att det ska bli några granskningar, eftersom de flesta granskningar uppstår på grund av kommunikationsbrister kring varför den enskilda får eller har fått den vård som ges." Inom område administration finns rimligen stora vinster att göra avseende arbetstid vilket i sin tur skulle leda till en förbättrad kompetensförsörjning – rätt person på rätt plats vid rätt tidpunkt som gör rätt saker.

Flera uttrycker det som problematiskt att det finns en så stor önskan hos kommunens personal om att arbeta dagtid på vardagar när verksamheten bedrivs veckans alla dagar och dygnet runt. Att villkor och löner dessutom ser olika ut i Skaraborg ser flera som ett hot. I någon kommun arbetar nattsköterskor 36,33 timmar/vecka, i en annan 34,2 timmar/vecka och i en tredje 30 timmar/vecka. "Vi måste ena oss, annars sänker den ena arbetstidsmättet och den andra höjer lönen och så håller vi på och rycker personal fram och tillbaka. Vi måste tillsammans få kompetensen att söka sig till Skaraborg, inte hålla på och tävla och ta folk från varandra." Någon säger också att många medarbetare håller sig väl ajour med villkoren hos andra och drar sig inte för att lönevandra. "Det är inte klokt, nyanställda lägger sig på lönenivåer som är långt över vad en van och erfaren sjuksköterska har, och då har den vana ingen dålig lön ska du veta."

Flera kommuner är beroende av att medarbetare som nyligen gått i pension fortfarande kommer in och jobbar i viss mån, särskilt sommartid. "Det har varit jättetufft nu under pandemin, när våra pensionärer plötsligt är riskgrupp och tackar nej till att jobba. Då har det blivit väldigt tydligt hur beroende vi är av dem."

Flera kommuner blir alltmer ointresserade av att utbilda sin personal framåt. "Vi rekryterar ofta unga medarbetare från sjukhusen, vilket i sig är bra, men så vidareutbildar vi dem och då tappar vi dem till primärvården. Det känns inte så motiverande att kompetensutveckla medarbetare åt en annan arbetsgivare."

I pandemins spår finns i flera kommuner en stor trötthet hos många medarbetare och intervjuade uttrycker en oro för att det ska komma en rekyl snart, med utmattningssyndrom och sjukskrivningar som följd, vilket ses som ett hot mot kompetensförsörjningen.

Behov för kunskap och utbildning

Ökad kompetens behövs inom många olika områden. Sjuksköterskor i Skaraborgs kommuner har i stor utsträckning bara grundutbildning (cirka 75 %) medan dem med specialistutbildning är betydligt färre (det är viktigt att nämna här, att det inte finns särskilt många utbildningar på magisternivå att läsa för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster utan att det främst är sjuksköterskor som har alternativ att välja bland).

Idag finns följande specialistfunktioner bland sjuksköterskor i Skaraborg, ojämnt fördelade mellan kommunerna (tabell 3):

Distriktssköterska	92 stycken i tretton kommuner
Äldresköterska	14 stycken i sju kommuner
Psykiatrisköterska	12 stycken i nio kommuner
IVA-sköterska	4 stycken i tre kommuner
Demenssköterska	2 stycken i två kommuner
Palliativsjuksköterska	2 stycken i en kommun
Barnsjuksköterska	1 styck i en kommun
Anestesisjuksköterska	1 styck i en kommun

Inom rehab finns 3 magister(master)utbildade arbetsterapeuter fördelade i två kommuner och i en kommun finns en fysioterapeut som går en magisterutbildning i skrivande stund.

Det finns också många legitimerade med grundutbildning, både sjuksköterskor och personal inom rehabområdet, som har läst olika fristående högskolekurser (till exempel inom förskrivning, handledning, stroke eller demens). Det sker också en mer eller mindre systematisk kompetensutveckling i vardagen, där medarbetare deltar vid föreläsningar och utbildningar om nya rön inom olika delar av arbetet (till exempel om inkontinens, sårvård, förflyttning, hjälpmedel med mera). Hälso- och sjukvårdsområdet är en kunskapsstörstig bransch och chefer upplever att medarbetare har förståelse för att det krävs ständig påfyllnad av kunskap även om inte alla är lika angelägna om att förkovra sig i yrket, av olika skäl. Samtliga intervjuade påtalar att kraven på ny/annan kunskap kommer öka mycket under kommande år och att samtliga medarbetare måste vara beredda på att studera i en eller annan form.

Löpande kompetensutveckling: arbetsplatsnära lärande

De intervjuade fick frågan om vilken löpande kompetensutveckling som de ser ett stort behov av i vardagen under den kommande femårsperioden. Då avses den typen av kunskap som inte kräver och som inte ger högskolepoäng. En annan term som används i det här sammanhanget är *arbetsplatsnära lärande* (SKR).

Arbetsplatsnära lärande kan delas in i tre delar:

1. **Formellt lärande** – kunskap genom utbildning, till exempel interna och externa kurser
2. **Icke-formellt lärande** – organiserat lärande i arbetet, till exempel handledning, seminarier, reflektion i grupp
3. **Informellt lärande** – kunskap som erhålls genom det dagliga arbetet, till exempel kunskapsöverföring mellan medarbetare

När det gäller det formella lärandet i vardagen så lyfte de intervjuade behovet av utbildning inom områdena i tabell 11–12.

Tabell 11: Löpande utbildningsbehov för sjuksköterskor

Löpande behov: sjuksköterskor	Antal kommuner som påtalat behov
Förebyggande och grunder	
Madrassförskrivning	5
Geriatrisk	3
Grundkunskap om diagnoser	2
Kommunikation/pedagogik	2
Dokumentation/journalföring	2
Nya hjälpmedel	1
Förflyttning	1
Förebyggande/preventivt arbete	1
Handleda omvårdnadspersonal inom HSL	1
Vårdplaneringsprocessen i SAMSA	1
Kvalitetsregister	1
HLR	1
Nya rön	
Sårvård	9
Nutrition	4
Demens	4
Inkontinensvård	3
Hjärtsvikt	4
Läkemedel	3
Diabetes	3
Stroke	1
Hygien	1
Avancerad hälso- och sjukvård i hemmet	
Palliativ vård	7
Avancerad vård i hemmet	4
Personcentrerad vård	4
Klinisk bedömning	3
Smärtlindring	1
Psykiatri/missbruk/samsjuklighet	
Psykiatri/psykisk ohälsa	7
Missbruk	3
Psykiatri och svår demens	2
Neuropsykiatri	2
Teknikområdet	
Digital utveckling/välfärdsteknik (allmänt)	7
Medicinteknik/ny utrustning	4
Datakunskap (främst äldre generationen)	2

Tabell 12: Löpande utbildningsbehov för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster

Löpande behov: rehabområdet	Antal kommuner som påtalat behov
Förebyggande och grunder	
Kommunikation	2
Dokumentation/journalföring	2
Geriatric	2
Förebyggande/preventivt arbete	1
Fallprevention	1
Kvalitetsregister	1
Nya rön	
Förflyttning, sittande och liggande	7
Förskrivning (fysiska och kognitiva hjälpmedel)	3
ADL-bedömningar	2
24-timmarspositionering	1
Praktisk hantering/justering rullstolar/sängar mm	1
Specifika diagnoser/behov	
Psykiatri	5
Palliativ vård	4
Demens	3
Neuropsykiatri	3
Kunskap om diagnoser	2
Stroke	1
Teknikområdet	
Digital utveckling, välfärdsteknik (allmänt)	5
Fysiska hjälpmedel	3
Kognitiva hjälpmedel	3

Det formella arbetsplatsnära lärandet avser därmed den typ av kompetensutveckling och utbildning som arbetsgivaren kan köpa in/anordna för sin personalgrupp i form av enstaka föreläsningar, uppdragsutbildningar, kurser och liknande.

Icke-formellt lärande togs också upp av flera kommuner och många framhöll vikten av att få till en systematisk planering där medarbetare med särskild kompetens förväntas och ges förutsättning att delge kunskapen till kollegor via exempelvis handledning och vid reflektionstid.

Prioritering arbetsplatsnära lärande – formell kunskap

När det gäller det arbetsplatsnära lärandet så är allt viktigt men det är mest prioriterat att snabbt få tillgång till lättillgängliga utbildningar (både över webben och fysiska i den mån de följer rådande restriktioner) inom följande områden:

- All form av förskrivning (som ej kräver/ger hp)
- Förflyttning
- Psykiatri
- Demens
- Missbruk
- Personcentrerad vård
- Sårvård
- Digitalisering/välfärdsteknik
- Klinisk bedömning

Utbildning vid högskola

När det gäller utbildningar på högskola och universitet så förutsätter det ett ansökningsförfarande där den enskilda medarbetaren är behörig att läsa sökt kurs/utbildning och blir antagen. Intervjuade anger en rad olika utbildningar som de önskar fanns vid Skaraborgs eget lärosäte, Högskolan i Skövde. Önskemålen gäller dels grundutbildningar och specialistutbildningar, dels fristående kurser och validering av kunskap. I tabell 13–14 finns en sammanställning av kommunernas önskemål. OBS! I vissa fall finns redan utbildningen/kursen i högskolans utbud och att den är med i förteckningen ska då ses som ett önskemål om att ha den kvar.

Tabell 13: Behov och önskemål om utbildning till/för sjuksköterska vid Högskolan i Skövde

Högre utbildningar: sjuksköterska	Antal kommuner som påtalat behov/önskemål
Grundutbildning	
Legitimerad sjuksköterska	alla
Specialistutbildningar	
Äldresköterska inklusive läkemedelsförskrivning	8
Distriktssköterska	7
Psykiatrisköterska	7
Sjuksköterska med specialisering mot avancerad sjukvård i hemmet	4
Fristående kurser	
Psykiatri 7,5 hp	7
Neuropsykiatri 7,5 hp	7
Demens 7,5–15 hp	7
Handledarutbildning 7,5 hp	7
Förskrivningsrätt (diabetes, stomi, inkontinens) 7,5 hp	7
Förskrivning läkemedel 15 hp	7
Digitala lösningar/välfärdsteknik 7,5 hp	7

Palliativ vård 7,5 hp	5
Geriatrik 7,5 hp	3
Sårvård 7,5 hp	2
Diabetes 7,5 hp	2
Socialpsykiatri 7,5 hp	2
Psykisk hälsa/ohälsa i samhället 7,5 hp	2
Kognitiva hjälpmedel 7,5 hp	2
Inkontinens 7,5 hp	2
Nutrition 7,5 hp	1
Cancervård 7,5 hp	1
Hjärtsvikt 7,5 hp	1
Validering	
Validering av grundutbildning + fristående kurser = specialist	4
Validering/komplettering för dem utan C-uppsats	2

Tabell 14: Behov och önskemål om utbildning till/för arbets-
terapeut/ fysioterapeut vid Högskolan i Skövde

Högre utbildningar: arbets-/fysioterapeut	Antal kommuner som påtalat behov/ önskemål
Grundutbildning	
Legitimerad arbetsterapeut/fysioterapeut	alla
Specialistutbildningar	
Äldrespecialist	7
Fristående kurser	
Demens 7,5–15 hp	7
Förflyttning 7,5–15 hp	7
Handledarutbildning 7,5 hp	5
Palliativ vård 7,5 hp	4
Geriatrik 7,5 hp	3
Kognitiva hjälpmedel 7,5 hp	3
Stroke 7,5 hp	1
Digitala lösningar/välfärdsteknik 7,5 hp	1
LSS	1
Handskador	1

Samtliga kommuner uttrycker en önskan om att lärosäten breddar inriktningen på alla utbildningar/kurser inom området så att de i större utsträckning omfattar utmaningar i kommunal verksamhet, inte minst med betoning på ensam-
arbete och hur det är att arbeta i ett hem. Det är stor skillnad mellan att tillhöra en avdelning på ett sjukhus eller en vårdcentral, med många kollegor tillhands och tillgång till läkare och andra yrkesgrupper, jämfört med att åka ensam hem till äldre personer eller till personer med funktionsned-

sättning och där ta ansvar för avancerad sjukvård och beslut enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Flera tar upp osäkerheten kring distriktssköterskans roll i kommunal verksamhet framåt. Många kommuner har stora svårigheter att rekrytera och behålla den specialistkompetensen och flera pratar om att "vi borde satsa på att ha grundutbildade sjuksköterskor med vissa funktionsutbildningar istället, såsom handledarutbildning, förskrivning av hjälpmedel och allra helst, om det vore möjligt, förskrivning av läkemedel. Distriktssköterskor läser en hel del kurser som inte är aktuella för oss i kommunal verksamhet, antingen för att vi aldrig bedriver den sortens vård eller för att vi gör det väldigt sällan, som tar hand om barn i hemmet till exempel." I samband med det resonemanget påtalar många också behovet av att istället skapa en tydlig utbildning till äldresköterska, men att läkemedelsförskrivning då måste ingå. "Eller så får man göra två inriktningar på distriktssköterskeutbildningen, en mot regionens hälso-och sjukvård och en mot kommunal verksamhet."

Några tar också upp bristen på kunskap om förflyttning i samtliga grundutbildningar. De upplever att nya sjuksköterskor har bristande kompetens när det gäller den biten och att till och med arbetsterapeuter och fysioterapeuter har alldeles för få kurser i ämnet under sin grundutbildning. "När Högskolan i Skövde startar utbildning inom rehabområdet så kan de vara först i Sverige om att få med den biten fullt ut!"

Frustrationen är stor hos både arbetsgivare och medarbetare över att den treåriga utbildningen som många läste under en period på 90-talet inte gav en filosofie kandidatexamen. Dessa medarbetare, som arbetat länge i yrket och som till allra största delen läst samma kurser som sina kollegor och utför precis samma kvalificerade arbete, är inte berättigade att läsa vidare till specialister på högskola, eftersom de saknar några metodkurser och inte har skrivit C-uppsats. Här finns en önskan om att validera deras kunskap och snabbt ge dem möjlighet att läsa vidare. Högskolan i Skövde har tidigare erbjudit en komplettering för dessa, men då innebär det

ett års extrastudier innan specialistutbildningen ens kan påbörjas, vilket lett till att medarbetare avstått från att söka.

Det finns också en stor önskan om att validera kompetensen hos medarbetare som läst många fristående kurser efter sin grundutbildning för att avgöra om det finns möjlighet att omvandla deras samlade kompetens till en specialistutbildning.

Prioritering utbud högskola

Förutom att ange vilka utbildningar kommunerna önskar så ombads de intervjuade ta ställning till vad de helst ser att Högskolan i Skövde satsar på först när de utökar sitt utbud. Svaren skiljde sig i viss mån åt, men en sammanställning visar att följande prioriteras av åtminstone hälften av kommunerna:

Grundutbildning rehabområdet

Legitimerad arbetsterapeut och fysioterapeut, och allra först fysioterapeut (OBS! fysioterapeut prioriteras av samtliga femton kommuner då kompetensförsörjningen i den yrkesgruppen är mycket problematisk)

Specialistutbildning sjuksköterska

Äldresköterska inklusive läkemedelsförskrivning
Psykiatrisköterska

Fristående kurser, för samtliga legitimerade

Demens 7,5 hp
Digitalisering/välfärdsteknik 7,5 hp

Fristående kurs, personal inom rehab

Förflyttning, 7,5–15 hp

Fristående kurser, sjuksköterskor

Läkemedelsförskrivning 15 hp
Psykiatri 7,5 hp

De tillfrågade uttryckte också en önskan om att fler/alla utbildningar och kurser behöver finnas tillgängliga på distans, halvfart och andra tider på dygnet i större utsträckning.

Avtal om VFU

Samtliga femton kommuner har ingått avtal med Högskolan i Skövde om att ta emot studenter under den verksamhetsförlagda delen av deras utbildning (VFU). Avtalet omfattar sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, men i praktiken rör det sig uteslutande om sjuksköterskor, både vid grund- och specialistutbildning, eftersom högskolan inte bedriver utbildning inom rehabområdet. Samtliga kommuner uppskattar samarbetet med högskolan och ser stora vinster med att ta emot och handleda sjuksköterskestudenter, men det finns en stor önskan om att även få till avtal, åtminstone tillfälliga, med intilliggande lärosäten för att också säkra tillgången till studenter inom rehab. "Vi skulle behöva skriva avtal med Jönköping och Örebro om arbetsterapeuter och med Göteborg om fysioterapeuter och arbetsterapeuter. I alla fall tills vi har en egen utbildning i Skaraborg."

I avtalet finns reglerat hur kommunernas ansvar för att tillhandahålla handledare ser ut (huvudhandledare och studenthandledare) medan högskolans åtagande är att se till att bedriva kvalitetssäker handledarutbildning löpande. Någon kommun uttrycker att den delen av verksamheten är otroligt viktigt, naturligtvis för studenterna, men också för handledarna som tar ett stort ansvar för att ge studenterna den kunskap de behöver. "Och varenda krona som vi får från högskolan för att vi handleder går tillbaka till sköterskorna. Jag använder medlen till våra utvecklingsdagar eller till att köpa in utbildning och föreläsningar. Det känns självklart, att pengarna ska tillbaka till dem som gjort jobbet."

Lokal samverkansgrupp (LOS-gruppen) har ansvar för att planera, följa upp och volymbedöma VFU:n löpande. I LOS-gruppen finns representanter från kommunerna, regionen (både från Skaraborgs sjukhus och från primärvården) samt från Högskolan i Skövde.

Samtal med högskolans representanter

Vid samtal med högskolan belyser de svårigheterna med att tillskapa alla de utbildningar som kommunerna önskar men att de har intentionen att anpassa sitt utbud så mycket det

går. "Vår erfarenhet är dock att det inte är så många som söker när det väl kommer till kritan." Här spelar högskolans marknadsföring gentemot kommunerna en viktig roll men än viktigare är arbetssätten ute i kommunerna – hur möjliggör vi för medarbetare att vidareutbilda sig?

Högskolan har en plan som innefattar uppstart av specialistutbildning till äldresköterska i januari 2022 och kommer också ge fristående kurser i psykiatri och digitalisering/välfärdsteknik under 2020. "Distriktssköterskeutbildningen har vi redan, både på hel- och halvfart och vi hoppas många söker nu inför hösten 2021."

När det gäller kommunernas önskemål om grundutbildning inom rehabområdet så har högskolan mycket svårt att se hur det skulle kunna bli möjligt. "Vi förstår att det är en stor brist på personal därute men vi saknar en medicinsk fakultet här och har helt enkelt inte den kompetensen." Precis som kommunerna uttrycker högskolans representanter istället att de hoppas att det nya läns gemensamma VFU-avtalet som omfattar alla lärosäten och alla kommuner i regionen kommer ge Skaraborg fler studenter inom rehabområdet.

När frågan om validering lyfts hänvisar högskolan till möjligheten att söka vidareutbildning utifrån kriteriet *reell kompetens*. "Den möjligheten finns redan idag, att skicka in de kurser man läst och kanske göra ett prov för att visa sin förmåga att skriva akademiskt. Så dem som saknar filosofie kandidatexamen kan testa den vägen, om de inte vill läsa en komplettering. Kanske är de redan behöriga att läsa vidare, utifrån sin reella kompetens." Ansökan om reell kompetens görs via högskolans hemsida: www.his.se, sökord *reell kompetens*. OBS! Även dem som läst många fristående kurser kan gå den här vägen för att få sin kunskap bedömd och eventuellt omvandlad till en specialistutbildning.

Avslutningsvis uttrycker högskolan en önskan om att kommunerna samordnade fördelningen av VFU-platser mer tydligt och inte som idag, när högskolan får vända sig till alla de huvudhandledare som finns runt om i kommunerna (totalt

åtta i Skaraborg) när en student behöver placering. "Och så ska de åtta leta runt i alla femton kommunerna innan de kan ge oss besked, det blir väldigt tungrott. Vi hade gärna sett att det fanns en enda funktion att vända sig till, som vid regionen."

Plan för kompetensutveckling

De tillfrågade ser stora behov för löpande kompetensutveckling för legitimerad personal i vardagen och för att vidareutbilda medarbetare i olika omfattning på högskolenivå. Det räcker dock inte att konstatera behov, arbetsgivaren måste också ha en plan och förmedla krav och förväntningar till medarbetarna samt skapa förutsättningar för kompetensutveckling. Tre kommuner (Götene, Lidköping och Tidaholm) har skickat in en kompetensutvecklingsplan till projektet, övriga saknar i dagsläget helt eller delvis en nedtecknad plan. De planer som inkommit har olika utformning och fokus.

Förutsättningar i vardagen

Åtta av de tillfrågade kommunerna svarar att det inte finns någon struktur eller planering alls för det arbetsplatsnära lärandet i vardagen utan att det sker om och när tillfälle ges. Förväntan är stor på den enskilda medarbetaren om att hålla sig informerad om utbudet och själv se till att skapa utrymme i sitt schema för att delta vid föreläsningar, kurser och liknande. Drivkraften hos enskilda medarbetare att ta ansvar för och sköta sin kompetensutveckling själv ser väldigt olika ut – några är måna om att avsätta tid och ser till att hålla sig uppdaterade medan många aldrig anser sig ha tid för kompetensutveckling, prioriterar bort det av andra orsaker eller helt enkelt saknar intresse. Några tillfrågade chefer svarar att det i enstaka fall faktiskt kan vara så att det inte finns tid i tjänsten, att arbetsuppgifterna är för många och ansvaret för stort, men de allra flesta menar att det handlar om planering. "Det finns visst tid, men medarbetarna vill ha extratimmar för att gå kurs. De vill ha betalt. Och jag som chef menar att de redan har betalt, att det ingår i tjänsten att utveckla sig i yrket och att det är deras ansvar." Kanske måste här till en dialog och en mellanväg.

I fem kommuner svarar de intervjuade att chef/MAS regelbundet bevakar vilka kurser som dyker upp för legitimerade och även skapar tid och förutsättningar för att medarbetarna ska kunna delta. "Visst, det är ett gemensamt ansvar men jag försöker alltid hålla koll." Några kommuner har också en förhållandevis inarbetad form där de använder arbetsplats-träffarna (APT) till att genomföra kortare föreläsningar/utbildningar om olika ämnen. Det kan till exempel vara en specialistsköterska eller läkare från vårdcentralen som kommer dit och berättar om en specifik diagnos eller en leverantör av medicinteknisk utrustning som utbildar personalen i hur den nya utrustningen fungerar.

Endast i en kommun (Essunga) svarar chef att kompetensutveckling ligger inplanerad i medarbetarnas schema redan när de får det. "Det är ju arbetstid som ska in och för att vi ska kunna planera i verksamheten i god tid så måste det in i schemat. Vi kan inte lägga schemat först och sedan försöka få in kompetensutveckling."

Flera framhåller att det finns en mer inarbetad kultur kring arbetsplatsnära lärande i vardagen inom rehabområdet och att medarbetare där har större vana att planera in kompetensutveckling löpande. Dessutom arbetar som regel arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster dagtid på vardagar, och har oftast kontor i samma lokaler, vilket gör det enklare att bevaka och genomföra kompetensutveckling än som för sjuksköterskor, där olika arbetstider och arbetsplatser skapar större krav på samordning och framförhållning.

Någon kommun nämner att det inom rehabområdet sedan länge finns inplanerad reflektionstid där medarbetare som varit på kurs förväntas dela med sig av sin nya kunskap till kollegorna. Ett par kommuner uttrycker att de har sjuksköterskor med särskild kompetens i verksamheten, om exempelvis inkontinens eller diabetes, som förväntas delta regelbundet vid utbildningar för att bevara/uppdatera den kompetensen och att de också förväntas sprida kunskapen vidare till kollegorna. I deras fall finns ingen särskild tid avsatt utan

sjuksköterskorna förväntas själva sköta kunskapsspridningen systematiskt i arbetslaget.

Alla kommuner utom en svarar att det är mycket svårt/omöjligt att hitta ersättare när hela arbetslaget ska delta vid en utbildning. Som regel får en kollega täcka upp i verksamheten när en annan går utbildning vilket medför att de sällan kan utbildas samtidigt.

Förutsättningar att gå längre utbildningar (hp)

(Först ska upprepas att det inte är alls lika vanligt att bygga på med vidareutbildning på högskolenivå bland personal inom rehabområdet vilket gör att kommande stycken främst handlar om sjuksköterskor. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster ges oftare löpande kompetensutvecklingen i vardagen som inte ger högskolepoäng.)

Kommunerna hanterar villkor för längre utbildningar olika. Här kan kommunal vård och omsorg i Skaraborg behöva enas om en gemensam hantering, för att inte konkurrera med varandra i onödan. Det ska också sägas att i den mån personal inom rehabområdet läser högskolekurser så finns i vissa kommuner annan hantering av villkor än för sjuksköterskor i samma kommun vilket också bör ses över, hanteringen ska rimligen vara densamma oavsett legitimerad yrkesgrupp.

Tio kommuner ger ingen ersättning/lön alls i samband med ledigheter för längre studier (exempelvis specialistutbildning). Medarbetare får ansöka om tjänstledighet för studier och i den mån det är möjligt försöker arbetsgivaren bevilja ledigheten (ibland avslås ansökan). Hundraprocentig ledighet kräver en ersättare och dessa går idag inte att anställa på vikariat utan chef måste då fastanställa ersättaren. Hittar chef ingen ersättare kan ledighet inte beviljas. Om medarbetaren väljer att läsa på halvfart så kan många gånger schemat anpassas så att medarbetaren kan arbeta sin tjänst kvällar och helger vid sidan av studierna. I ett sådant läge påverkas inte medarbetarens inkomst. Inte heller verksamheten påverkas, eftersom ingen ersättare krävs. Utmaningen blir

att medarbetaren måste klara av att både arbeta och studera utan att det går ut över vare sig utbildningen eller arbetet. I dessa kommuner finns en upplevelse av att få är intresserade av att studera vidare vilket intervjuade härleder till att medarbetaren inte tycker att det är ekonomiskt hållbart att själv bekosta sin specialistutbildning. "Jag får ofta höra att i regionen minsann, där står arbetsgivaren för alla utbildningar", säger en chef. En annan säger att "den tiden är förbi, när en sjuksköterska tog tjänstledigt och lån för att vidareutbilda sig".

I fyra kommuner ges viss ersättning i samband med längre studier. Någon har fått lön för en ledig dag per vecka (20 %), någon har fått viss ersättning när behovet av utbildningen bedömts vara akut i verksamheten och i en kommun (Lidköping) finns en mycket tydlig plan för kompetensutveckling som också anger i vilken omfattning ersättning ska ges medarbetare som studerar. Förutsättningen för ersättning är att chef bedömer att behov finns och att medarbetaren läser någon av verksamheten prioriterade utbildningar/kurser. I övrigt kan medarbetaren alltid ansöka om tjänstledigt för att studera men får då, om tjänstledigheten beviljas, själv bekosta sin utbildning.

I en kommun (Skövde) finns årligen en heltidstjänst budgeterad för vidare studier till distriktssköterska och den är möjlig att använda för två medarbetare som läser på halvfart och arbetar halvtid.

En kommun (Tidaholm) har som enda arbetsgivare i Skaraborg tecknat kollektivavtal med Vårdförbundet om så kallad AST-tjänst (akademisk specialisttjänstgöring). Vårdförbundet uppmanar samtliga arbetsgivare inom vården att införa AST-tjänster. Flera regioner har tecknat avtal (ej VGR, men samtal pågår) och allt fler kommuner runt om i landet har också börjat införa AST – Tidaholm, Trollhättan och Mellerud inom VästKom. Villkoren för och syftet med AST-tjänster finns att läsa om på Vårdförbundets hemsida, www.vardforbundet.se.

Några kommuner framhåller att det alltid medför ett lönepåslag när en medarbetare fått sin examen/sitt studieintyg – "det måste löna sig i förlängningen att studera". Samtidigt svarar flera att det inte finns någon fungerande hantering av medarbetarens nya kunskap. "Ofta kommer hen tillbaka till verksamheten och ska utföra samma arbete som innan och det kan man ju förstå att det inte är så motiverande. Då är det nog inte så underligt att vi tappar nyutbildade ganska snabbt, att de söker jobb hos någon annan."

De kommuner som ger viss eller hel ersättning för studier uttrycker i större utsträckning att medarbetare är lojala och stannar i verksamheten efter avslutade studier. I kommuner som inte ger ersättning utan enbart tjänstledigt uttrycks oftare att "vi får ju ändå inte behålla dem, så varför ska vi bekosta utbildningen?". En rimlig fråga att ställa sig här är nog vad som är hönan och vad som är ägget. Om jag som medarbetare känner att min arbetsgivare vill satsa på mig och min utveckling, och har en plan för hur min nya kompetens ska användas, så blir jag rimligen mer lojalt inställd till arbetsplatsen som helhet.

Fristående högskolekurser som prioriterats av kommunerna (såsom till exempel handledarutbildning 7,5 hp och förskrivning av hjälpmedel 7,5 hp) ger alltid viss ersättning för lönebortfall. I princip samtliga kommuner (undantaget två) använder en form där medarbetaren får en dag ledigt med lön/vecka (om studier infaller på arbetsdag) samt två dagar ledigt med lön för att läsa inför tentamen. Medarbetarna får också ersättning för litteratur om litteraturen efter avslutad kurs tillfaller arbetsplatsen. Någon kommun ger också ersättning för resor till och från studieorten och en kommun ordnar med övernattningar om det behövs, framförallt för personal inom rehabområdet som oftare får åka längre när/om de går en högskolekurs (Malmö, Stockholm, Göteborg).

Förväntan på ett Skarborgsgemensamt arbete

När intervjuade får frågan om vad de hoppas få ut av projektet svarar flera chefer/MAS:ar att de har alldeles för lite tid för att hinna arbeta systematiskt med kompetensutveckl-

ing och att de hoppas att ett Skaraborgsgemensamt arbete ska hjälpa dem få till strukturen.

Några svarar också att det är en framgångsfaktor för hela området om kommunerna gör mer lika, både vad gäller kompetenssatsningar och när det kommer till arbetsvillkor. "Tänk bara när vi rekryterar från varandra, att veta att den som kommer från grannkommunen gått samma utbildningar som vår befintliga personal – det vore en vinst. En sorts gemensam bas för alla i Skaraborg."

Några hoppas att det ska bli enklare för lokalpolitiker att se hur och varför de ska omfördela pengar till området, att alla kommuner i Skaraborg måste satsa på samma sätt och att det inte bara är den egna kommunen som vill ge sin personal utbildning.

Några framhåller att det redan idag finns ett fungerande samarbete kring kompetensutveckling för rehabområdet, där kommunerna under flera år köpt in och genomfört arbetsplatsnära utbildningar tillsammans om exempelvis 24-timmerspositionering och sittergonomi. "Det hoppas vi verkligen fortsätter framöver. Det är jättebra att samordna utbildning och dessutom känns det mycket viktigare och mer statushöjande för yrket på något sätt, när alla satsar tillsammans och inte bara vi." Någon kommun påpekar att det främst är ett par kommuner som tagit ansvar för att ordna utbildningarna medan övriga bjudits in att delta. "Men det är kanske rimligt, att vi som är lite större står som anordnare. Dessutom tjänar ju även vi på att slippa skicka vår personal ner till Göteborg." En mindre kommun uttrycker tacksamhet över att kunna ta del av utbildningar som anordnas av större grannkommuner och framhåller vikten av att arbeta tillsammans. "Jag tycker inte ens att vi ska se personalrörligheten mellan kommuner som kannibalism utan istället se det som att vi utbildar en yrkesgrupp tillsammans."

Återigen lyfter flera vikten av att dela med sig till varandra, att vara generösa med tips och trix, men också att ta del av andras insikter och erfarenheter. "Det är lätt att bli hem-

mablind." Några kommuner föreslår någon form av kompetensbank, där det går att registrera vilken kompetens som finns tillgänglig i varje kommun, för att det ska bli lättare att be om rådgivning från varandra. "Jag tänker inte att en ensam sjuksköterska eller arbetsterapeut ska hålla en hel utbildning för kollegor i en annan kommun utan det handlar mer om ett erfarenhetsutbyte, att kunna ses över webben. Det är viktigt att det inte känns kravfyllt."

Flera hoppas att kommunalförbundet tar löpande ansvar för en gemensam kompetensutvecklingsplan och fortsätter driva gemensamma utbildningssatsningar även efter att projektet avslutats. "Det vore en trygghet och kvalitetssäkring för oss om förbundet kontrollerar och säkrar utbudet även om det är vårt ansvar att planera så att vi kan ta del av det." Någon önskar också att det fanns en palett att välja på och att den var återkommande. "Då behöver vi inte agera i panik hela tiden utan kan skicka fem på våren och fem till hösten, om vi bara vet att utbildningen snart anordnas igen." Någon tycker att kommunalförbundet borde lägga en femårsplan för allt som är gemensamt behov.

Flera lyfter upp en förhoppning om att Högskolan i Skövde ska utöka och justera sitt utbud utifrån den här rapporten, att fokus ska breddas och i ännu större omfattning ta hänsyn till kommunernas behov. "Vi tycker att vi brukar säga vad vi behöver men det känns inte som att det händer något. Nu kanske det ändras." Någon nämner också att de hoppas högskolan ska bli tydligare i sin marknadsföring ut mot kommunernas anställda. "Det är ofta jag hör att någon insett att det går en kurs på högskolan men att den helt missat att söka ett halvår före."

Prioriterade samverkanspartners

De intervjuade ombads ange vilken/vilka samverkanspartners som de anser är viktigast för verksamheten när det gäller kompetensutveckling och utbildning. Svaren är i stort sett samstämmiga:

Högskolestudier Högskolan i Skövde (SSK)

	Högskolan i Jönköping/Örebro (AT) Göteborgs Universitet (FT/AT)
Diagnosspecifik utbildning	Specialistavdelningar vid regionens sjukhus Läkare och specialistsköterskor inom primärvården
Rehab/hjälpmedel/ medicinteknik	Hjälpmedelscentralen vid VGR HMC i Sverige (privat aktör i Göteborg) Leverantörer av medicintekniska produkter
Läkemedel	Apoteket
Övrigt	Andra kommuner i Skaraborg Privata leverantörer av vårdutbildningar Patient- och intresseorganisationer

Ett par kommuner uttrycker att samarbetet med primärvården fungerar mycket bra, både vad gäller kunskapsutbyte och gemensamt ansvar för patienter, medan några kommuner framhåller stora svårigheter att få till en fungerande samverkan, inte minst kring utbildning. Det gäller särskilt i kommuner där det finns flera regiondrivna vårdcentraler och dessutom privata aktörer samt i kommuner där vårdcentralen har svårt att få till en stabil bemanning på läkarsidan. "De borde alltid bjuda in oss att delta vid utbildningar hos dem och de borde vilja komma till oss för att höra mer om hur det är att bedriva vård i ett hem. Vi måste lära av varandra, särskilt inför omställningen till nära vård."

Omställningen till nära vård

I samband med insamlingen av uppgifter om kompetensförsörjning och kompetensutveckling fick kommunerna svara specifikt på hur de tror att omställningen till nära vård kommer påverka dem och vilken kompetens de kommer behöva särskilt i samband med det förändringsarbetet. Allra först fick

de intervjuade svara på vad begreppet *nära vård* betyder för deras kommun.

Begreppet nära vård

Det framkommer att kommunerna inte har samsyn när det gäller nära vård. Fler lyfter dessutom fram att de inte hunnit föra dialog i den egna kommunen om vad omställningen betyder, än mindre har dialog förts med andra kommuner/vårdgivare. Parallellt pågår ett arbete kring den delen, i samband med framtagning av Läns gemensam utvecklingsstrategi (färdplan) för God och nära vård, men det är ännu inget som kommit kommunerna till del. Därför är nedanstående lista enbart exempel på vad intervjuade lyfter fram att begreppet nära vård betyder för dem ur olika perspektiv (de flesta anger en eller ett par av nedanstående punkter vid intervjun):

Perspektiv: patient

- ⊗ Patienten ska kunna få sin vård i stor utsträckning i eller nära sitt hem
- ⊗ Patienten ska få mycket mer läkarkontakt i hemmet, antingen fysiskt eller digitalt
- ⊗ Patienten ska inte behöva fundera på vem som ger vård, vården ska bara fungera
- ⊗ Patienten ska få rätt insats vid rätt tidpunkt på rätt plats och av rätt vårdnivå och ska inte behöva åka akut till sjukhus i onödan
- ⊗ Patienten ska kunna sköta mycket av sin vård själv, bland annat i form av monitorering av värden såsom till exempel blodtryck, blodsocker och lungfunktion

Perspektiv: verksamhet

- ⊗ Vården ska vara lättillgänglig, antingen geografiskt eller i telefonen/via webben
- ⊗ Vården ska vara personcentrerad och patienten ska involveras i sin egen vård
- ⊗ Vården ska vara preventiv och koncentreras till hälsofrämjande och tidiga insatser
- ⊗ Vården ska ges av team runt patienten

- ⊗ Specialistteam från sjukhusen ska finnas lättillgängliga för både kommunens personal och patienten via telefon, webb och/eller som närvårdsteam
- ⊗ Kontinuiteten ska vara hög och vårdkontakterna få

Perspektiv: organisation

- ⊗ Sjukhusvården ska flytta resurser till primärvården
- ⊗ Primärvården ska flytta resurser till kommunerna
- ⊗ Primärvården ska finnas öppen dygnet alla timmar
- ⊗ Samverkan mellan vårdgivare ska vara väl fungerande
- ⊗ Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen ska vara tydlig och accepterad
- ⊗ Huvudmannagränser ska suddas ut
- ⊗ Behovet ska styra, inte organisationen

Den generella synen i Skaraborgs kommuner på vad nära vård är tänkt att leda till är i grunden positiv, att sjukvårdssystemet ska byggas om för att bli mer personcentrerat och preventivt, men tankarna om de kortsiktiga effekterna för kommunernas verksamheter präglas av oro. Många säger att nära vård i sig inte är nytt för kommunerna, att kommunerna alltid har utfört nära vård i hemmen, men att det nu sker en oreglerad övervältring som väcker frågor om resursfördelning mellan vårdgivare. Endast en kommun uttrycker vid intervjun enbart positiva tankar om omställningen till nära vård. "Det är en rolig utmaning, att få vara med och bygga om hela vårt hälso- och sjukvårdssystem. Klart att vi ska göra allt vi kan för att undvika slutenvård för patienter som inte behöver det. Ge oss bara rätt stöttning på jourtid och bra tekniska lösningar så fixar vi det! Nära vård handlar om att bygga relationer och det är vi i kommunerna proffs på!"

Det framkommer, att även om flera kan se fördelar för patienterna, om de får en kvalitetssäker vård på hemmaplan, så är det många som upplever oro inför att mer avancerad vård ska utföras i kommunal regi utan att utrustning, kompetens och personal/skattemedel tillförs. Flera framhåller att de redan idag tar ansvar för uppgifter som inte är kommunens, annars faller enskilda individer emellan. "När inte vårdcen-

tralen lyckas bemanna med läkare som tar patientansvar så blir trycket och kravet mycket stort på kommunens legitimerade. Idag kan våra sjuksköterskor få ägna mängder av arbetstid åt att samordna ordinationer från en ögonspecialist med ordinationer från kirurgen och med ytterligare ordinationer från Närhälsan för en patient, när det egentligen är patientansvarig läkares uppgift. Det är inte rimligt att våra sköterskor ska ta det läkemedelsansvaret eller lägga arbetstid på att samordna medicinska vårdplaner, men när ingen patientansvarig läkare finns, vem ska då göra det?" Någon säger att allt hänger på primärvårdens förmåga att ställa om. "Vi har ett jättebra samarbete med vårdcentralen idag, men får alldeles för lite läkartid. Läkaren som ska ha hand om våra patienter jobbar sextio procent på vardagar. Alltså, trehundra gamla och sjuka patienter som hen ska skapa relation till på en sextioprocentig dagtjänst? Det är omöjligt!" Flera uttrycker en önskan om att ha en läkare placerad i kommunens verksamhet. "Vi behöver kanske inte anställa personen, men primärvården måste placera läkaren hos oss." Ett par kommuner framhåller att det nära och väl fungerande samarbetet med hemvårdsläkaren på orten är en avgörande framgångsfaktor. "Vi är nästan nere i noll oplanerade inläggningar tack vare vår rutin och samverkan med hemvårdsläkaren. Och vi har en plan för hur vi ska agera på obekväma arbetstid. Det känns otroligt bra."

Mobila specialistteam som arbetar i och nära kommunen är avgörande säger många, såsom närvårdsteam med kompetens kring rehabilitering, team för KOL och hjärtsvikt, demensteam och palliativa team. På ett par ställen har det funnits mobila närvårdsteam tidigare som fungerat mycket bra, men dessa har avvecklats. "Det blir galet också när det blir personbundet, att så länge den här läkaren jobbar på SkaS så finns teamet men när hen slutar så upphör teamet. Regionen behöver få till en bättre kontinuitet i den frågan." Det finns också dem som upplever att det fungerar bra idag. "Vi har jättestor nytta och stöttning av det palliativa teamet som kommer från sjukhuset idag." Några säger omvänt att kommunerna fått många fler arbetsuppgifter att hantera på grund av specialistteamerna. "Plötsligt görs det en herrans massa be-

dömningar och ordinationer kring våra patienter i hemmen, sådant som de aldrig fått förut, och det är naturligtvis en kvalitetshöjning i sig, men det är ju inte specialistteamerna som utför arbetet. De bara bedömer och ordinerar och åker därifrån och sedan är det våra legitimerade och omvårdnadspersonalen som ska utföra. Utan mer resurser eller tillräcklig kunskap. Det är regionens sätt att skyffla över jobbet och ansvaret till oss...”

Några säger att omställningen inte går att vidga mer, att gränsen för vad kommunerna kan klara av att utföra med befintliga resurser redan är uppnådd. ”De patienter som vårdades på MAVA på sjukhuset för tio år sedan vårdas nu på korttiden, de som vårdades på korttiden vårdas i hemmen och de som vårdades i hemmen får klara sig själva i stor utsträckning. Ska den förflyttningen tas ett steg längre, att MAVA-patienter ska få avancerad vård i hemmen och alla som haft korttid och hemsjukvård får klara sin vård själva, hur ska det gå då? Vi måste få mer resurser!”

I några kommuner lyfter intervjuade vikten av att bredda dialogen, att inte glömma bort barnperspektivet i omställningen till nära vård och heller inte missbruk/psykiatri/LSS. ”Klart det är de äldre som är mest behövande när de gäller hälso- och sjukvårdsinsatser, men övriga grupper får inte bli bortglömda. Även de ska få en närmre vård och ibland ska den ges av kommunen.”

Största fördelarna med nära vård

De intervjuade uttrycker många utmaningar med nära vård-omställningen men naturligtvis ser de även fördelar:

För patienten

- ❖ Patienten får vara kvar i sitt hem
- ❖ Patienten kan få "digital vård"
- ❖ Patienten får färre läkemedel vid bättre läkemedelsgenomgångar
- ❖ Patienten rehabiliteras snabbare i hemmiljön
- ❖ Patienten får vård av dem hen känner
- ❖ Patienten får en bättre relation till sin läkare
- ❖ Patienten och verksamheten får tillgång till specialister
- ❖ Patienten ges ökad trygghet

För verksamhet/medarbetare

- ❖ Roligare och mer utmanande arbete i kommunen
- ❖ Kompetensutveckling i samband med nya/mer avancerade uppgifter
- ❖ Teamarbetet byggs ut och förbättras
- ❖ Bättre samordning kring svåra patientfall
- ❖ Olika vårdgivare kommer närmre varandra
- ❖ Läkarna flyttas närmre geriatriken
- ❖ Samhällsresurser och tid sparas när vården utgår från hemmen

En av de intervjuade säger att det är ett fantastiskt privilegium, att få bidra till att ge den enskilda patienten vård i hemmet fram till livets slut. "Patienten ska ju få hjälp att leva med sin sjukdom och inte som på sjukhuset, bli sin sjukdom."

Största utmaningarna med Nära vård

Utmaningarna/riskerna upplevs som sagt fler än fördelarna. Indelningen har gjorts utifrån kommunernas möjlighet att påverka utmaningen.

Utom kommunens kontroll:

- ❖ Sjukhusen saknar kunskap om vad kommunen/primärvården faktiskt gör/kan och har tunnelseende på utskrivning utan en tanke på patienten/den som tar emot
- ❖ Primärvården saknar kvalitetssäker verksamhet på jourtid och kan inte stötta kommunerna med främst läkarkompetens
- ❖ Hemvårdsläkare med tydligt patientansvar saknas och det är en fortsatt hög andel stafettläkare, inte sällan med dåliga språkkunskaper
- ❖ Samverkan/samordning omöjliggörs av att primärvården inte lyckas anställa läkare
- ❖ Läkare som fortsätter tänka ”enstaka mottagningsbesök på löpande band” istället för ”bygga relation till patienten”
- ❖ Läkare har för många patienter
- ❖ Läkare från närvårdsteam och från primärvård säger olika saker/samarbetar inte
- ❖ Bristande kunskap som leder till felaktiga läkemedelsbedömningar
- ❖ Bedömningar och ordinationer från många olika håll utan att någon tar ordentligt ansvar
- ❖ Resursförflyttningen uteblir och kommunerna förväntas utföra ännu mer vård utan att kompenseras med vare sig personal eller skattemedel

Till viss del inom kommunens kontroll:

- ❖ Bristande samordning kring Sip:ar och medicinska vårdplaner
- ❖ Personalförsörjningen släpar efter och en ständig underbemanning leder till kvalitetsbrister, vårdskador och dålig arbetsmiljö
- ❖ Kompetensen kring avancerad vård i kommunen brister
- ❖ För få erfarna legitimerade och undersköterskor som behärskar yrket i kommunerna
- ❖ Fler sjukvårdsuppgifter som inte går att delegera eftersom omvårdnadspersonal saknar kompetens/språkkunskap
- ❖ Geografiska avstånd som försvårar logistik och tät sjukvård
- ❖ Avsaknad av tillräckliga tekniska/digitala lösningar
- ❖ Otydligt ansvar för kvalitetssäkring av egenmonitorering
- ❖ Patientens bostad försvårar rehabilitering och vård (utrustning, bredband, planlösning)

Inom kommunens kontroll:

- ❖ Bristande dialog kring hela omställningen, kommunerna vet inte vad som väntar/krävs
- ❖ Bristande samverkan inom den egna organisationen (äldreomsorg/LSS/psykiatri/IFO/skola...)
- ❖ Kommunen lyckas inte flytta perspektiv till prevention utan fortsätter ha ett reaktivt förhållningssätt med sjukvårdande fokus istället för ett förebyggande fokus

Flera upplever att specialisternas okunskap om kommunernas förutsättningar är ett stort hinder i omställningen. "Det är ofta svårare att bedriva vård i hemmet och specialisterna på sjukhuset har inte riktigt koll på det. Om du ger en patient en stor Impugandos så måste du stanna kvar och bevaka så att hen inte mår dåligt, något du kan göra på en avdelning och samtidigt sköta de andra patienterna. Men i kommunen har du dina nitton patienter i olika hus med ibland många mil emellan. Hemsjukvårdsläkaren i primärvården fattar detta men inte sjukhusets specialister, att det blir så mycket mer logistik för att få till det." Här kommer det reviderade hälso- och sjukvårdsavtalet och Länsgemensam utvecklingsstrategi (färdplan) för God och nära vård ha en viktig roll, att förtydliga ansvar och skapa samsyn kring förutsättningar hos olika vårdgivare – alla behöver lära av varandra.

Någon lyfter också svårigheten att avgöra vem som ska föra talan för den som inte hörs, om det är kommunens uppgift. "En del får väldigt mycket vård... Säg att Bertil är sjuk, anhöriga är högljudda, och Bertil skrivs in i närsjukvårdsteamet medan Anna, som är ensam, inte får samma behandling fast hon kanske behöver den mer. Det känns oklart om det är kommunens roll att slåss för Anna? Ibland kan det vara att en patient har turen att stöta på den mest drivna doktorn medan en annan, lika sjuk patient, inte har den turen. Det blir väldigt ojämlikt..." Här krävs dialog och samsyn, att inte bara prata om jämlik vård utan också få till den i praktiken.

Kompetens, utrustning/teknik och nya arbetssätt

I samband med frågorna om omställningen till nära vård ombads de intervjuade fundera på vilken ytterligare kompetens som kommer krävas framöver samt vilken teknik/utrustning/nya arbetssätt som måste till. För att begränsa det till sådana förändringar som kommunen kan påverka tas här inte upp behov för förändrade arbetssätt inom regionen.

Samtliga var överens om att diagnosspecifik kunskap i viss mån är svår att ange eftersom det avgörs från fall till fall. "När någon kommer hem, med pumpar eller dialys eller syrgas eller vad det nu kan vara, så brukar vi få åka in till sjukhuset först för att lära oss. Men vi kanske får en sådan patient vart tredje år, så vi kan inte stå med specialistkompetens redo hela tiden, såsom de gör på en avdelning på sjukhuset, utan vi får försöka lära oss när det är dags. På sjukhuset är de specialister, vi är generalister som ibland behöver specialistkunskap... Det är svårt."

Intervjuade tror att i nära vård krävs, förutom specifik utbildning inför enskilda patienters vård, att legitimerade i kommunen får generell kunskap om,

- ⊗ avancerad sjukvård i hemmet
- ⊗ medicinteknisk utrustning
- ⊗ tekniska/kognitiva hjälpmedel
- ⊗ hur patienter kan stöttas vid monitorering
- ⊗ hur patienter kan stöttas vid användning av allt digitalt
- ⊗ akutsjukvård/prediagnostisering
- ⊗ teamarbete
- ⊗ samtalsmetodik/motiverande samtal
- ⊗ psykiatri/LSS
- ⊗ förebyggande/tidiga insatser
- ⊗ rehabilitering, särskilt efter stroke
- ⊗ fallförebyggande insatser
- ⊗ nutrition

Förutom en ökad kunskap om dessa delar bland legitimerade förutsätter nära vård goda språkkunskaper hos alla vårdnivaer, för att säkra överrapportering och dokumentation. Dessutom lyfter någon att omvårdnadspersonal som nyligen läst sin utbildning ofta har ett gott bemötande och är duktiga på omvårdnad men att deras hälso- och sjukvårdskunskap brister i stora delar vilket försvårar all form av delegation. Flera av de tillfrågade framhåller den här kompetensbristen som ett mycket stort bekymmer. "Hur ska våra sjuksköterskor kunna delegera till omvårdnadspersonal som inte kan språket? Eller som kommer ut från skolan och knappt vet vad en Alvedon är? Och ta det här med förflyttning! Det är inte klokt att vårdprogrammen på våra gymnasieskolor inte lär ut detta bättre när en så stor del av yrket handlar om det, att hjälpa personer med rörelsesvårigheter att ta sig i och ur sängen, till och från matbordet, upp och ner på toalettstolen utan att skada sig själv eller den man hjälper. Skolorna sprutar ut sig hantverkare som inte fått lära sig hantverket! Det är inte sjyst mot någon."

Någon säger också att, "det finns många medicinskt intresserade undersköterskor men de tar anställning inom regionen eftersom de inte får användning för sin medicinska utbildning på samma sätt hos oss. Därför borde vi skapa renodlade servicegrupper, som sköter mat, städning och promenader medan undersköterskor får koncentrera sig på att utföra delegerade HSL-uppgifter." Det skulle med andra ord enligt den intervjuade mer tydligt behöva ske en återgång till tiden då vårdbiträden anställdes, vilket i viss mån redan skett hos flera kommunala arbetsgivare. En utmaning som då uppstår, när arbetsuppgifterna ska delas upp mellan olika yrkesgrupper, är möjligheten att fylla tjänster och kunna erbjuda rimliga scheman på heltid till medarbetare. Det blir också fler olika medarbetare kring patienten/brukaren.

Ny/mer formell och icke-formell kunskap kommer krävas i alla led i omställningen till nära vård, men det kommer också behövas utrustning, tekniska lösningar och nya arbetssätt som kommunerna idag saknar, helt eller delvis. I punktlistan tas de mest omnämnda upp:

- ⊗ Rätt medicinteknisk utrustning
- ⊗ Bredbandsutbyggnad, för verksamheten såväl som för patienterna
- ⊗ Rutiner/utrustning för digitala vårdmöten (patient, anhöriga, kommun, primärvård, sjukhus)
- ⊗ Valfärdsteknik som till exempel tillsynskameror, blås- och spoltoaletter, gps-larm, medicindelare
- ⊗ Egenmonitorering i stor utsträckning
- ⊗ Säker tillgång till system/funktioner från patientens hem (journal, dokumentationssystem, webbmötesfunktioner...)
- ⊗ Väl fungerande ADL-bedömningar
- ⊗ Ökad kunskap kring att bedöma förutsättningar i ett hem
- ⊗ Mer bemanning/nya sätt att bemanna
- ⊗ Anställda läkare i kommunen (eller åtminstone samorganiserade med primärvården)
- ⊗ Tillfälligt byta personal med varandra mellan kommunen och regionen, för att lära av varandra
- ⊗ Ökad trygghet vid ensamarbete
- ⊗ Väl fungerande teamarbete med samordnande funktion (spindel i nätet)

Flera av de intervjuade lyfter önskan om att det skulle finnas en gemensam vårbudget istället för som idag, där flera vårdgivare ska samsas kring samma patienter men ha varsin budget som de vill skydda till varje pris. "Idag måste kommunen hyra medicinteknik såsom pumpar och dialysutrustning medan en medicinavdelning har allt sådant." Flera uttrycker att kostnadsfrågan uppstår varje gång en svårt sjuk patient ska vårdas hemma och det är väldigt olika hantering inom regionen. "Vissa avdelningar kan skicka med utrustning medan andra vägrar. Så det är godtyckligt, regionen verkar inte heller veta vad som gäller. Vissa avdelningar med god ekonomi kan skicka med medan en avdelning med ansträngd ekonomi håller i pengarna. Det är som ett lotteri för kommunen."

Precis som tidigare nämnts har en förskjutning skett under många år redan, där kommunen idag tar hand om patienter som tidigare aldrig skulle fått vård hemma. En tydlig förändring i samband med detta är hur kommunernas korttidsavdelningar används nu jämfört med tidigare och i framtiden kommer patienter bara vårdas där av tre anledningar (i flera kommuner är de redan framme vid den hanteringen):

1. den enskilde upplever stor otrygghet av att vårdas hemma
2. anhöriga orkar inte med vård hemma
3. bostaden begränsar vården på hemmaplan

Alla andra patienter som kan vårdas utanför sjukhus, oavsett hur enkel eller avancerad vården är, kommer ges vården i eller nära hemmet i framtiden – det är den omställningen vi ska klara tillsammans.

Kompetens och kunskap i pandemin

I skrivande stund är vaccinationerna i full gång i verksamheten och intervjuade chefer vittnar om att legitimerade medarbetare, särskilt sjuksköterskor, är trötta och slitna. Samtidigt poängterar många att medarbetarna i kommunerna varit fantastiska genom hela perioden och kämpat hårt utifrån de förutsättningar som funnits. I kontrast till det finns IVO:s rapport som i stora delar skickar skarp kritik mot Sveriges äldreomsorg och mot regionens läkare. Kritiken är enligt flera överraskande. "Jag förstår inte varför det tjoas så om det. Jourläkare åker inte ut till oss i vanliga fall heller, vare sig det pågår en pandemi eller ej, det har de inte tid med. De litar på att våra sjuksköterskor kan avgöra om sjukhusvård är rimligt för den äldre eller om det bara skulle leda till ett mycket ovärdigt avslut för patienten, att först transporteras i en skakig ambulans och därefter läggs i respirator på IVA med allt vad det innebär, och snart avlida där istället, i en främmande miljö med en slang inopererad i halsen." Samma person säger att det är personalen på boendet som har en relation till patienten, att läkaren sällan har det. Flera trycker på att det är viktigt att ta hänsyn till patientens önskan. "Om personen

uttryckt att den inte vill till sjukhus om/när den av en eller annan orsak blir sämre så måste vi respektera det. Ofta kan den enskilda inte uttrycka sin vilja när hen hamnat i ett försämrat tillstånd utan det är anhöriga som driver på för att personen ska in på sjukhus. Då hamnar vi som personal i ett svårt läge – ska vi följa den medicinska vårdplanen och överenskommelsen med den enskilde som inte längre kan uttrycka sig eller ska vi lyssna på anhöriga?”

Flera aktörer ställer just nu frågor till verksamheten om pandemin (Socialstyrelsen, SKR, IVO med flera) och därför koncentrerar sig projektet på att ställa frågor om kunskap, kompetens och nya arbetssätt.

Ny kunskap och nya arbetssätt i pandemin

Samtliga fick frågan om de kan se att kommunerna lärt sig något helt nytt i samband med pandemin och alla är överens om att kunskapen om basala hygienrutiner och skyddsutrustning höjts flera nivåer. ”I stort är det ingen ny kunskap, förutom att vi inte använde visir tidigare, utan det handlar bara om att vi har dammat av och steppat upp sådant vi redan kunde”, säger flera.

Ett par kommuner säger att kunskapen om symtombilden har förändrats, att erfarenheten gett dem en bredare bild av hur sjukdomen kan te sig. ”Från början letade vi efter hosta, andningssvårigheter och feber hos våra äldre, men efterhand har vi lärt oss att det snarare kan handla om trötthet, matleda och diarré. Eller om inga symtom alls. Så där har vi ju ny kunskap även om vi inte gått kurs för att få den.”

Flera lyfter testning som ett område där kunskapen ökat. Någon kommun säger att, ”alla våra sjuksköterskor har lärt sig ta nasofarynxprov”. Flera kommuner har byggt upp en helt ny organisation för egentester, något som inte funnit alls tidigare. ”Från början var det sjuksköterskor som bemannade mottagningen, nu är det omvårdnadspersonal. De är otroliga, de bedriver i princip ett kommuninternt 1177. Det fanns först ingenting och började med testkit, en lokal, tält utanför, telefon, det grusades en väg, ekonomen såg till att de fick egen

budget... På ingen tid alls! Där kan vi prata om flexibilitet och förmåga att ställa om snabbt!”

Det som alla framhåller som ny kunskap är framförallt inom det digitala, att alla vant sig vid att gå webbutbildningar och lärt sig använda verktyg för webbmöten såsom Teams, Skype och Zoom, både inom utbildningsområdet men även i viss mån avseende vårdmöten. ”Både vi och patienterna kan det här nu, det är en jätteskillnad mot tidigare. Före pandemin var det mest chefer som satt i webbmöten eller webbkonferenser då och då, men nu är det verkligen alla nivåer.”

Något som flera uttrycker har varit till särskilt stor hjälp är de webbutbildningar som tagits fram snabbt av exempelvis Socialstyrelsen, VGR och SKR. ”Alla fick gå utbildningen om basala hygienrutiner direkt, det var jättebra, att alla fick samma grund snabbt.” I ett par kommuner lyfter intervjuade att livesända webbutbildningar är jättebra men att de inte får vara för långa. ”En halvdag är absolut max, mer orkar man inte.”

Det mesta som är nytt i kommunerna handlar om insikter och arbetssätt, inte om utbildning. Ett exempel är insikten om vikten av att ha beredskapslager i kommunen när det gäller skyddsutrustning. ”Vi har byggt upp ett jättebra arbetssätt kring den frågan som vi hoppas får vara kvar. Andra från verksamheten kan beställa via en särskild mejladress och det finns en lageransvarig som hanterar beställningarna. Ingenting hämtas ut eller fylls på i lagret utan hennes vetenskap, hon har stenkoll!” I en annan kommun tar AME hand om lagerhantering och beställning av skyddsutrustning och även utkörning. ”Det var lite rörigt i början men nu fungerar det jättebra.”

I ett par kommuner lyfter intervjuade att de fått till en bra hantering av sjuka patienter, att dessa flyttats till korttiden och kunnat isoleras där. ”Och vi har strukturerat upp matsituationen, de boende äter inte tillsammans eftersom många sitter och hostar och kämpar när maten ska ner. Istället har vi haft aktiviteter vid andra tillfällen, så att de som bor hos

oss kan träffas men hålla avstånd på ett bra sätt." Någon framhåller också att besöksförbudet varit positivt inom demensvården. "Det är kanske hemskt att säga det, men hjälp vad bra våra patienter med demensdiagnos mått när inte huset varit fullt med anhöriga som rört sig fram och tillbaka mellan rummen. Oro och ångest har verkligen minskat. Så restriktionerna har inte varit av ondo för alla gamla..."

Minskat antal onödiga sjukhusinläggningar är ett viktigt led i omställningen till nära vård och kommunerna ser att pandemin i viss mån hindrar omställningen men på andra sätt skyndar på den. "Det har blivit lättare att stå emot anhöriga och annan personal under pandemin. Vi är ju egentligen duktiga på att avgöra när en person gynnas av sjukhusvård, men det är så lätt att falla för trycket. Covid har gett oss ett extra verktyg på det sättet, en motivator att hålla den äldre kvar hemma."

Några lyfter upp att sjuksköterskor fått en tydligare ledarroll under pandemin och därav tränats i ledarskap, även om det handlar om icke-formell kunskap. "Det kommer vi ha nytta av länge." Även chefer har lärt mycket om ledarskap, krishantering och beredskap men det har blivit extra tydligt att verksamheten saknar chef på obekväma arbetstid. "Hos oss har chefer turats om att ha jourvecka under hela pandemin och det borde vi ha annars också." Flera framhåller att ledningen blivit bättre på att organisera och säkerställa att rutiner efterlevs, "...och informationsöverföringen har blivit mycket bättre, mellan oss inom kommunen och mellan oss och andra, som till exempel primärvården. Nu är det plötsligt någon som svarar direkt i andra änden när man ringer..."

Ett par av de intervjuade berättar att legitimerade i mycket stor utsträckning fått handleda omvårdnadspersonalen under pandemin och att det naturligtvis lett till en större vana att handleda generellt. "Vi har blivit bra på att lära ut, att snabbt förmedla kunskap. Det är en jättevinst!"

Legitimerade, framförallt personal inom rehabområdet, har i flera kommuner blivit duktiga på att skapa instruktionsfilmer

till främst omvårdnadspersonal. Några använder filmerna löpande i verksamheten medan andra framförallt använde dem i samband med introduktionen av semestervikarier inför sommaren 2020. Det rör sig till exempel om filmer som visar förflyttningsteknik.

Begreppet nanolearning sprider sig runt om i kommunerna och har fått större genomslag under pandemin. Nanolearning bygger också på filmmediet men är korta instruerande filmer som på bara ett par minuter ger ökad kunskap om till exempel en särskild vårdsituation eller om informationshantering och IT-säkerhet. Flera kommuner har köpt in verktyg för nanolearning och i MAS-nätverket finns god kunskap om dessa delar (Grästorp).

Kunskap och arbetssätt som saknats i pandemin

De intervjuade fick också frågan om de upplever att de haft behov för kunskap under pandemin som de inte kunnat tillskansa sig under året. De flesta svarade att de antingen haft eller har skaffat den kunskap de behövt, medan någon nämner att de måste bli bättre på krishantering, ansvarsfördelning och hur man snabbt skapar struktur i en kris. "Vi måste vara mycket snabbare på bollen nästa gång, som chef hade jag en alldeles för lång startsträcka, det ser jag ju nu."

Många nämner att det har varit en stor utmaning att hantera alla skiftande riktlinjer uppifrån (framföra allt från FoHM, Socialstyrelsen och regeringen) och flera uttrycker att det var otroligt svårt att arbeta under framförallt våren. "Vi var ute och sa en sak till personalen och anhöriga ena dagen och nästa dag fick vi revidera. Det var fruktansvärt, som att vi var okunniga och slarvade med informationen." Några kommuner uttrycker att det hela tiden har fortsatt att vara rörigt kring skyddsutrustning och någon poängterar att, "nästa gång måste vi utse en samordnare eller projektledare direkt när något sådant här händer. Ingen har haft koll på helheten, alla rör runt överallt och ingen vet vem man ska vända sig till. Det är inte bra." En annan kommun påpekar att ledningen tog alldeles för mycket höjd och förberedde genast hela kommunen för värsta scenariot men missade en massa

mindre rutiner och viktiga arbetsätt i vardagen. "Vi planerade till exempel för en stor pandemienhet istället för att utbilda alla i kohortvård på varje avdelning."

Flera påtalar en oro framåt inför rehabilitering av personer som drabbats av långtids-Covid. "Fast det är ju samma för alla vårdgivare, att vi inte vet helt vilka insatser patienterna kommer behöva. Allt vi vet är att vi kommer behöva utbildning."

Några tar upp att alla planerade utbildningar ställts in och att det finns ett uppdämt behov av att komma i fas igen, att verksamheten tappar kompetens allteftersom tiden går. "Visst, vi är oslagbara när det gäller hygien, men allt annat släpar. Vårdberget och rehabberget och utbildningsberget... Vi har lite att göra sen." Även möten har uteblivit i stor utsträckning i vissa kommuner, där de inte lyckats få till ett digitalt alternativ. "Det finns ju ett behov av att träffas kollegor emellan och stämma av rutiner och prata ihop sig, men det har varit svårt att lösa. Vi brukar ha stora APT:n där alla får träffas men det har inte varit möjligt digitalt."

En annan nämner oron för att all den goda kunskapen om smittskydd och basala hygienrutiner som nu finns åter ska falla i glömska när pandemin inte längre härjar i verksamheten. Några kommuner hade redan väl fungerande arbetsätt med hygiensköterska eller hygienombud i arbetslagen, som tagit ett stort extra ansvar under hela året, medan andra kommuner pratar om behovet av att införa någon form av ambassadörer inom hygienområdet. "Vi måste vara beredda på att pandemier blir allt vanligare och kan behöva byta arbetsätt långsiktigt, för att hantera smittutbrott regelbundet i framtiden."

I en kommun inledde ledningen en kartläggning av vilka "dolda sjuksköterskor" som fanns tillgängliga inom andra delar av kommunorganisationen, men nyttjandet av dessa föll på avtal och vilja. "Så kan det inte få vara, att skolsköterskor kan säga nej till att hjälpa till i en pandemi för att de aldrig

jobbat på ett äldreboende. Vi är ju anställda av samma kommun allihop.”

En viktig aspekt lyfts fram av en kommun – hur stöttar vi alla som arbetat i och nära pandemin framåt? ”Vi har legitimerade som mår jättedåligt, som har ångest och sömnsvårigheter på grund av alla som avlider och av riskerna för egen del och att de kan bära med sig smitta hem till sina anhöriga. Det är kanske svårt för andra att förstå, som inte jobbat i frontlinjen, hur psykiskt påfrestande det är. Och dessutom får de hantera en massa kritik, från samhället och folk runt omkring. Vi har inte ens haft någon spridning på våra äldreboenden och ändå ifrågasätts vår hantering hela tiden.”

Den samlade bilden är att Skaraborg fick ett visst utrymme att förbereda sig i och med att pandemin först drabbade våra storstäder runt om i Sverige, men det finns också en allmän uppfattning om att något sådant här aldrig går att förbereda sig för helt – kunskapsbehovet visar sig först i efterhand.

Digitala förutsättningar

Under intervjun fick kommunerna redogöra för vilka digitala förutsättningarna som finns, främst med tanke på utbildning och kunskap, men också i termer av välfärdsteknik och digitalisering i stort inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Verktyg för webbmöten

Det framkommer att de flesta hade tillgång till förhållandevis bra digitala förutsättningar för möten redan innan men att pandemin har skjutsat på användandet. Nio kommuner använder främst Skype, en kommun främst Teams, fyra kommuner både Skype och Teams och en kommun Skype och Zoom. Flera av dem som använde Skype meddelar att de är på väg att gå över till annan leverantör (Teams i de flesta fall), men påtalar också Skypes överlägsenhet när det kommer till sekretess och säker hantering av filer och överföring av data. ”Allt handlar ju om vad man behöver mötesverktyget till, om det främst är för utbildning och arbetsmöten eller

om det är för vårdmöten. Är det vårdmöten så måste sekretessen funka.”

Utrustning, lokaler och uppkoppling

När det gäller utrustning så skiljer sig svaren i viss mån åt även om det framkommer att i de flesta kommunerna har legitimerade idag tillgång till en bärbar dator. ”Vi har köpt in massor av bärbara datorer och headsetts till sjuksköterskorna under pandemin och ska köpa in ännu fler. Några har fått en egen, men samtliga har åtminstone tillgång till en på sitt arbetspass. Personalen inom rehabområdet har haft bärbara länge.” Lokaler och ändamålsenlig utrustning i dessa, såsom projektorer, datorer och ljudanläggningar, ser väldigt olika ut. Några kommuner upplever att de har bra och pålitlig utrustning och att det finns tillräckligt stora lokaler för att kunna hålla fysiska utbildningar, även i tider av restriktioner, medan andra påtalar att lokalerna är små, få till antalet och klent utrustade. ”Vi saknar det mesta känns det som och det är alltid trassel med tekniken när vi ska ha utbildning eller möten.”

Utrustningen är avgörande för personalens möjligheter att delta vid och ta till sig utbildningar/kunskap men också i omställningen till nära vård blir de tekniska förutsättningarna avgörande. Några kommuner framhåller vikten av att snabbt göra personalen mer mobil och att det hänger på nya arbetsätt, mjukvara, bredband, säkerhet och utrustning. ”Vi har inte full möjlighet att göra Sip:ar i hemmet ännu. Det finns datorer och headsetts men saknas ibland kameror i datorn. Det måste vi fixa. Sen kan vi inte alltid lita på uppkopplingen hos patienterna och det är ett bekymmer som vi inte riktigt äger. Vi kommer inte åt alla program hemma hos patienten heller, som SAMSA till exempel.”

Uppkopplingen upplevs av många som ett bekymmer, både i kommunens lokaler vid utbildning/möten men också hos medborgare, särskilt i geografiska ytterområden. ”Bredbandsutbyggnaden släpar för mycket! Vi kommer aldrig kunna bli digitala inom vård och omsorg ifall inte nätet finns

längst ute hos varenda kotte. Hoppas verkligen att det fixar sig med 5G.”

Nanolearning

Begreppet nanolearning växer inom kunskaps- och utbildningsområdet och det handlar om korta instruerande utbildningsfilmer som en medarbetare antingen kan nyttja i en direkt vårdssituation (eller annan situation i arbetet som kräver kunskap i stunden, exempelvis brandskydd eller IT-säkerhet) eller ta del av när tillfälle ges, som vid väntan i jobbet av en eller annan orsak.

Det finns olika verktyg för nanolearning. En variant som används i Grästorp (Visible Care) bygger på en app i telefonen som legitimerade och omvårdnadspersonal alltid har snabb tillgång till och där korta filmer samlas under olika rubriker. Det kan vara allt från ”en minut om vad lagen säger” till ”en instruktion om hur du klipper hål för stomibandage”. Filmerna produceras av leverantören till appen men anpassas och kvalitetssäkras i samråd med kommunen. Ytterligare några kommuner har köpt in samma verktyg och några diskuterar inköp, medan flera svarar att de inte känner till produkten.

InfoCaption är en annan lösning, där kommuner inom V6 fått tillgång till en webbplattform via projektet Divos. På plattformen kan kommunen själv ladda upp korta filmer som blir tillgängliga för personalen via ett inlogg. Arbetet med att använda InfoCaption har kommit olika långt i de sex kommunerna. Dessutom riktar sig filmer via plattformen till största delen till omvårdnadspersonal, men de kan vara producerade av legitimerade (exempelvis filmer om förflyttning och delegering).

I princip i alla kommuner finns satsningar på nanolearning inom IT-området, åtminstone vad gäller IT-säkerhet. ”Jag önskar att vi kunde få till detsamma för annan typ av nanolearning”, säger någon. ”Tänk om samtlig personal fick ut tre korta avsnitt om förflyttning på mejlen och tre korta om bemötande... Och att chefen får veta när de genomfört utbildningen, ett återkopplingsmejl. Det hade varit jättebra!”

Vid en summering framgår att endast en kommun har en systematisk användning av nanolearning idag (i viss mån även riktat till legitimerade), åtta kommuner har tillgång till och använder nanolearning då och då men inte strukturerat och sex kommuner nyttjar inte nanolearning alls i verksamheten.

Kostnadsfria webbutbildningar

Samtliga fick frågan om vilka kostnadsfria webbutbildningar som verksamheten känner till/använder idag. Svaren skiljde sig i viss mån åt men fem leverantörer används av mer eller mindre samtliga:

<u>Webbutbildning:</u>	<u>Antal kommuner som använder:</u>
Kunskapsguiden (Socialstyrelsen)	11 av 15
Vårdhandboken (Inera/SKR)	14 av 15
Hjälpmedelshandboken (VGR)	10 av 15
Svenskt Demenscentrum (Socialstyrelsen)	13 av 15
Sårwebben (VGR)	10 av 15

Bland kommunerna finns ingen som har en tydlig systematik kring användandet av kostnadsfria webbutbildningar för legitimerad personal men sju kommuner arbetar i viss mån systematiskt med en eller annan utbildning. Det kan vara någon kommun där samtliga i verksamheten ska genomgå en webbutbildning om demens (Demens ABC via Kunskapsguiden/Svenskt Demenscentrum) eller i en annan kommun där samtliga nyanställda inom rehabområdet ska gå en kurs om förskrivning när de påbörjar sin tjänst (Hjälpmedelshandboken). Sju andra kommuner använder sig av kostnadsfria utbildningar men det sker sporadiskt och hänger till stor del på enskilda legitimerade att leta runt. Det sker heller ingen uppföljning och finns från ledningen inga krav eller förväntningar om att kostnadsfria alternativ ska användas. I en kommun uttrycker de intervjuade att det inte finns någon systematik alls i verksamheten, att de inte vet om legitimerade någonsin

deltar vid några webbutbildningar och att de tror att det inte finns något intresse hos medarbetarna.

Det som används i störst omfattning av sjuksköterskor i det löpande arbetet (som uppslagsverk) är Vårdhandboken och av personal inom rehabområdet är det Hjälpmedelshandboken (Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel). Under pandemin har också SKR anordnat vissa utbildningar som riktats till legitimerade, främst inom området hygien. Kunskapsguiden är Socialstyrelsens samlingssajt för kostnadsfria webbutbildningar. På sidan hänvisar de till olika utbildningar som håller rätt standard och kvalitet utifrån Socialstyrelsens föreskrifter. Bland annat hänvisar de till övriga omnämnda, såsom Vårdhandboken, Svenskt Demenscentrum och Sårwebben men det finns också utbildningar på sidan som Socialstyrelsen själva tagit fram. Kommunerna kan med fördel använda sig av Kunskapsguiden i sitt arbetsplatsnära lärande och där hitta många olika anordnares utbildningar. "Jag tycker utbildningarna är lite onödigt krångliga ibland, att man måste klicka runt och byta vyer och så, men innehållet är bra och viktigt. Man måste bara ta sig tid."

Viktiga webbadresser:

www.kunskapsguiden.se

www.vardhandboken.se

www.vgregion.se (sökord *handbok hjälpmedel*)

www.demenscentrum.se

www.skr.se (sökord *hygien* och sökord *nära vård*)

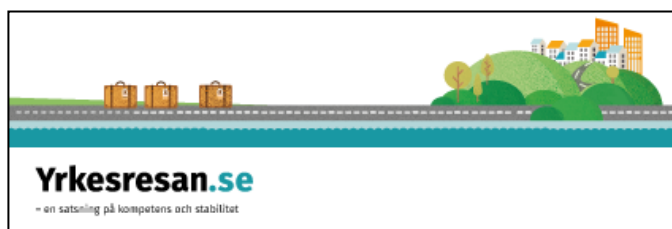
Det skickas löpande ut erbjudanden om webbutbildningar från privata leverantörer till företrädare i verksamheten, men då rör det sig inte om kostnadsfria alternativ. Även via fackförbunden erbjuds medarbetare och chefer webbutbildningar, men också dessa är som regel knutna till en kostnad. "Våra fysioterapeuter har gått en webbutbildning via sitt fackförbund vid något tillfälle och den var bra men fruktansvärt dyr!" Inte minst ur den aspekten är det viktigt att få till ett

systematiskt nyttjande av det som erbjuds kommunerna kostnadsfritt.

Yrkesresa för personal inom hälso- och sjukvård

Behovet av att få till löpande kompetensutveckling i vardagen finns i alla landets kommuner och det pågår ett stort arbete nationellt för att framställa något som kallas för **Yrkesresan**. Ursprungligen startade Yrkesresan som ett initiativ inom Göteborgsregionen, då riktad till handläggare inom område barn och unga, men efter att satsningen fått stort positivt genomslag, i Göteborgskommunerna samt i kommunalförbunden runt om, så lyftes Yrkesresan till att bli en nationell satsning (pågår!). Beslut fattades under hösten 2020 om att starta yrkesresor för fler yrkesgrupper, däribland legitimerade inom kommunal hälso- och sjukvård.

Yrkesresan för handläggare inom område barn och unga är uppbyggd på en digital lärplattform, där medarbetare som är **nya** i sin tjänst genomför ett utbildningspaket under sina första två år i yrket medan **vana** medarbetare genomför en påbyggnad fram till år fem och **erfarna** medarbetare genomför ytterligare avancerade kurser därefter. Rimligt att anta är att kommande yrkesresor får liknande upplägg.



Flera av kommunerna tar upp Yrkesresan vid intervjun och det finns en förhoppning om att det inte ska dröja alltför lång tid innan det blir verklighet. Samtidigt finns en oro för att statliga satsningar har en tendens att dra ut på tiden. Redan innan det kom ett nationellt beslut hade Göteborgsregionen bestämt sig för att bygga en digital lärplattform även för sina legitimerade inom hälso- och sjukvårdsområdet och det arbetet har de valt att fortsätta med trots det nationella beslutet. Eventuellt kommer det bli möjligt för Skaraborgs kommuner

att koppla på sig på den lösningen innan den nationella Yrkesresan finns färdig, projektet bevakar detta.

Digital vana

Intervjuade lyfter fram att den ökade vanan att använda digitala hjälpmedel är den enskilt största positiva effekten som pandemin haft i verksamheten. Motståndet har minskat markant även om det fortfarande finns enstaka individer som upplever det som jobbigt att sitta i webbmöten eller gå webbutbildningar. "Fast de tror inte längre att de kan komma undan om de vägrar, det är bara det att de inte gillar det. Det har liksom accepterat läget."

Någon poängterar att den yngre generationen medarbetare inte behöver ha ett intresse för teknik, de driver på ändå, medan det i den äldre generationen i större utsträckning krävs ett intresse för att man ska vara drivande i den digitala utvecklingen. Det är oavsett om det handlar om särskilda webbverktyg och appar eller om teknik och datavana i stort. "Vi har en ung arbetsgrupp så hos oss finns inte problemet alls", säger någon medan en annan säger att, "vi köpte in tjugo surfplattor för att använda vid digitala möten, men jag tror knappt att de har packats upp. Personalen är fast i att vi ska träffas fysiskt och sitta tillsammans och prata om samma saker, precis som vi alltid har gjort. Och det måste vi bort ifrån, vi har inte tillräckligt med folk för att arbeta så."

Support vid utbildning

De flesta svarar att stöttning kring verktyg för webbmöten saknas och många uttrycker att de är självlärda och att de får fråga varandra när något krånglar. "Jag jobbar jättemycket i Skype, men har aldrig fått någon utbildning. Så det är säkert en massa funktioner som jag inte kan", säger en MAS. Någon annan säger att de kan köpa utbildning från IT-funktionen, men att det är vanligare att försöka lära sig med hjälp av kollegor. "Fast under hösten var det en bra kostnadsfri satsning från VGR som vi kunde hänga med på, där lärde jag mig Zoom."

Flera säger att IT-avdelningen, antingen centralt i kommunen eller inom den egna förvaltningen, hjälper till med allmänna IT-frågor och behörigheter och lösenord i mån av tid och det finns som regel en systemadministratör att vända sig till i de olika systemen som används (SAMSA, verksamhetssystem, digitala signeringslistor och så vidare) men när det gäller utbildningsområdet och support kring den tekniken får legitimerade i större utsträckning förlita sig på sig själva och varandra. "Eller så är det jag som chef som får vara experten på hur puckar och projektorer och Zoom funkar. Oftast löser det sig, men det hade varit bra att kunna ringa någon när man står där i konferenslokalen och ingenting funkar..."

Någon kommun nämner att de infört en IT-fixare som hjälper brukare/patienter och intervjuade lyfter att det vore bra om den funktionen fanns även för personalen. "Vi ska kunna en massa saker idag som vi inte fått utbildning kring och dessutom förväntar sig patienterna och omvårdnadspersonalen att vi ska kunna hjälpa dem i alla system och appar. Jag fattar att tekniken är här för att stanna, men om man inte kan den själv då? Vad gör man då? Jag lägger mängder av tid på sådant jag inte kan!"

En av de tillfrågade menar att Göliska har instruktionsfilmer om det mesta som kräver support på sin hemsida. "För oss som ingår i Göliska så finns allt, det handlar bara om att veta om det." I andra intervjuer uttrycks en önskan om att samordna IT bättre med grannkommunerna. "Det heter att vi har ett cluster men det är mest på pappret, i praktiken finns väldigt lite samarbete upplever jag."

Flera tar upp att pressen är stor på legitimerade att kunna och förstå alla system i verksamheten och att den digitala tekniken ofta tar onödig tid från patienterna men att den också sparar tid om man får det att fungera som det är tänkt. "Det är väldigt dubbelt. Klart vi ser vinsterna men vi sitter ofta i en rävsax, där leverantörerna av systemen inte kan ge oss det som vi vet att vi behöver och vill ha. Det är frustrerande."

Välfärdsteknik – ett måste

För att kunna prata om digitalisering och välfärdsteknik behövs gemensamma definitioner. Nedan beskrivna definitioner används av dem som har samordningsansvar för frågorna, såsom exempelvis e-hälsosamordnare vid VästKom.

Välfärdsteknik avser hjälpmedel i det dagliga livet som är digitala (ej mekaniska/analog). Definitionen som finns i Socialstyrelsens termbank lyder,

- ∅ välfärdsteknik är digital teknik (produkter) som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning

Datorisering innebär att ta en analog process och lyfta in den i oförändrad form i datorn (istället för att fylla i en pappersblankett så fyller användaren i en elektronisk blankett, till exempel ansökan om barnomsorgsplats)

Digitisering innebär att den elektroniska blanketten görs möjlig att skicka och överföra mellan olika system (en barnomsorgsansökan som skickas från planeringssystemet till ekonomisystemet för att där hanteras av en handläggare och beläggas med rätt avgift)

Digitalisering innebär att hela barnomsorgsprocessen ses över på ett mer fördjupat plan och att så många delar som möjligt i processen automatiseras (till exempel att planeringssystemet själv sköter fördelning av förskoleplatser utifrån de ansökningar som kommit in och att avgiftshantering- en sker helt utan inblandning av handläggare)

I samtliga kommuner pågår arbeten av olika slag för att öka digitaliseringen av arbetssätt och användningen av välfärdsteknik i verksamheten men vid samtal med e-hälsosamordnare framkommer att det går alldeles för långsamt. "Politiker och ledare måste vara föregångare i frågan och kommunerna måste avsätta medel för den här utvecklingen. Enligt OECD ligger Sveriges offentliga verksamheter sist i dessa frågor, men vår digitaliseringsminister pratar om

området som att vi vore bäst. Det är bekymret när man klumpar ihop offentlig och privat verksamhet i statistiken. I privat sektor satsar företagen 15–20 procent av sin budget på utveckling och innovation medan kommunerna satsar 1–1,5 procent. Det är för lite, vi måste få upp takten.”

E-hälsosamordnare lyfter att ett samarbete pågår mellan VästKom och VGR med syfte att se över Hjälpmedelscentralens uppdrag att tillhandahålla välfärdsteknik. ”Det borde vara lika självklart för dem som att tillhandahålla andra hjälpmedel. Alla hjälpmedel som syftar till att öka självständighet, delaktighet och trygghet för patienterna bör ingå i Hjälpmedelscentralens uppdrag, vare sig det handlar om analoga eller digitala lösningar.”

Övriga intervjuade påtalar också det stora behovet av mer välfärdsteknik, inte minst för att klara den demografiska förändringen och omställningen till nära vård. ”Vi behöver läkemedelsrobotar och blås- och spoltoaletter och tillsynskameror. Behovet är oändligt men kunskapen för liten och investeringarna för små.” Några kommuner har avsatt mer medel eller har högre/mer kompetens inom området och har därmed kommit längre än andra. ”Vi jobbar hela tiden för att utveckla allt digitalt i verksamheten och jag måste säga att jag tycker att alla legitimerade i första hand tänker digitala lösningar nuförtiden, det känns jättebra. Visst, vi har kört i diket emellanåt, som med mobil dokumentation, men vi vet att vi måste fortsätta framåt.”

E-hälsosamordnare framhåller tre områden som särskilt viktiga när det kommer till digitalisering av arbetssätt: digitala vårdmöten, digitala signeringslistor och smartare verksamhetssystem. ”Och med digitala vårdmöten så menar jag inte bara att vi ska hjälpa patienten att träffa sin läkare över webben utan även att som legitimerad i kommunen oftare träffa patienterna digitalt. Tänk bara vilken vinst, att slippa åka tre mil i kolmörkret för att titta på ett sår som patienten lika gärna kan visa i kameran.” Samtidigt framhåller e-hälsosamordnare att det finns en skepsis och ett motstånd i verksamheten som ledare måste se och våga möta. ”Det

finns fortfarande många som tycker att digitaliseringen blåser kalla vindar in över verksamheten, att antingen blir allt operativt eller så förlorar vi jobbet. Det måste mötas med kompetenshöjning å ena sidan och å andra sidan måste ledare och chefer vara förebilder och själva förespråka digitalt framför analogt.”

Inom område välfärdsteknik lyfter e-hälsosamordnare särskilt fram tillsynskameror som förenklar och ökar tryggheten, både för patienten, anhöriga och dem som arbetar i verksamheten. ”Det bästa vore om vi kan koppla det till sensorövervakning, att vi får en indikation om patienten inte gått ur sängen idag och att vi då kan se efter via tillsynskameran om det verkar ha inträffat något.” Även vid gruppintervjuerna framkommer en önskan om att fler tillsynskameror användes i verksamheten. ”Idag åker vi hem till patienterna mitt i nätterna för att se efter om de sover och det enda som händer är att vi stör deras nattsömn och slösar med vår tid. Kamera borde erbjudas som huvudsakligt alternativ vid tillsyn redan av biståndsbedömare.” En annan produkt som framhålls av både verksamheten och e-hälsosamordnaren som viktig är läkemedelsrobotar av olika slag. ”Till och med sådana medicindelare som tidigare varit helt mekaniska kopplas nu till molntjänster av olika slag.” En invändning från e-hälsosamordnaren mot att kommunerna ska driva på för läkemedelsrobotar är ansvarsfrågan. ”Vi har inte läkemedelsansvar, det har läkarna. Jag vet att det finns MAS:ar som tycker att vi tar över ansvar som inte är vårt om vi börjar stå för utvecklingen inom det här området. Det borde vara regionen som driver utvecklingen av sådana hjälpmedel.”

Ett bekymmer som e-hälsosamordnaren ser är kommunernas oförmåga att införliva bra teknik i driften. ”Det kan till och med ha genomförts framgångsrika pilotprojekt, där man testat någon form av välfärdsteknik som visat sig fungera jättebra, men det enda det resulterar i är en positiv projektrapport och sedan ingenting mer. Kommunerna behöver bli bättre på att budgetera för och driftsätta ny teknik.” Samtidigt svarar representanter från verksamheterna att de vill använda mer teknik och förstår vinsterna för alla. Frågan är

vem som ska driva den utvecklingen från start och hela vägen i mål: Politikerna? Kommundirektören? Socialchefen? E-hälsosamordnaren? IT-avdelningen? Den enskilda arbetsterapeuten med teknikintresse? Undersköterskan som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och är närmast patienten? Vem av dessa kan åstadkomma en reell förändring?

Förslag

Inom projektet finns ett huvuduppdrag och fyra deluppdrag. I kommande avsnitt föreslår projektet möjliga vägar framåt.

Huvuduppdrag: samverkan kring kompetensförsörjning och kompetensutveckling

Varje kommun har som alltid eget ansvar när det gäller kompetensförsörjning och kompetensutveckling. Det handlar om att följa personalstatistik över tid (se tabell 1–10) och vara förberedd på förändringar utifrån demografi, åldersstruktur i arbetslagen och krav i omvärlden såsom vid exempelvis omställningen till nära vård. Det handlar också om att få till en systematisk kompetensutveckling i vardagen och en långsiktig försörjning av specialist- och vidareutbildad personal och det arbetet börjar alltid med att ta reda på hur det ser ut idag, som i den här förstudien.

I en plan för kompetensutveckling bör följande rubriker ingå:

- ❖ Mål och syfte med planen
- ❖ Kompetenskrav för respektive yrkesgrupp
- ❖ Form för icke-formell utbildning (t ex reflektionstid, kollegial handledning)
- ❖ Formella kurser/utbildningar som prioriteras av arbetsgivaren
- ❖ Ledigheter, bidrag och andra förmåner vid studier
- ❖ Samlad utbildningsplan för respektive yrkesgrupp (OBS! Individuell kompetensutvecklingsplan ligger till grund, tas fram vid medarbetarsamtal)
- ❖ Budget, ansvar, uppföljning

Framtagning av kompetensutvecklingsplan är varje kommuns ansvar. Projektet kan bistå kommuner genom att fungera som bollplank vid framtagning av lokal kompetensförsörjnings- och kompetensutvecklingsplan men eftersom projektet är tidsbegränsat (31 augusti 2021) så är det mer rimligt att använda befintliga resurser till att få till ett strukturerat utbud inom utbildningsområdet och gemensamma lösningar inom enskilda delar för kompetensförsörjning.

I följande stycken ges förslag till fortsatt samverkan. Beslut om ordning och tidplan fattas av projektets styrgrupp, socialcheferna. Så länge projektet pågår finns projektledaren tillgänglig att samordna planering och genomförande inom de olika förslagen, därefter landar uppdragen ute i kommunerna och/eller inom område Valfärd vid Skaraborgs Kommunalförbund.

Kompetensförsörjning generellt

Innehåller tre förslag:

Projektet föreslår.

- ❖ att villkor vid längre utbildning ses över med syfte att i största möjliga mån enas om ledigheter, bidrag och andra förmåner i samband med högskolestudier för legitimerad personal

Framtagning: Äldrenätverket & kommunekonomer

Beslut: socialchefer

Projektet föreslår.

- ❖ att förutsättningar för en gemensam kompetensbank ses över, med syfte att ge kommunerna möjlighet att via webben bidra med specialistkunskap (främst som rådgivning) till grannkommuner och samtidigt få tillgång till andras specialistkompetenser

Framtagning: MAS-nätverket, Äldrenätverket & IT-funktion

Beslut: socialchefer

Projektet föreslår,

- ❖ att möjligheten till utbytesprogram mellan kommunen och regionen ses över, med syfte att medarbetare under en period byter arbetsgivare med varandra för att på så vis öka förståelsen och kompetensen hos båda huvudmännen

Framtagning: Äldrenätverket & representanter från regionen

Beslut: socialchefer

Utbildningssatsningar

Innehåller fyra förslag:

Projektet föreslår,

- ❖ att fortsatt bevakning av Göteborgsregionens framtagning av digital lärplattform för legitimerade sker och att möjligheten för Skaraborgs kommuner att ansluta till den bevakas (fram tills dess att en nationell Yrkesresa för området finns)

Framtagning: Skaraborgs KoF Valfärd

Beslut: socialchefer

Projektet föreslår,

- ❖ att Skaraborgs större kommuner (Skövde, Lidköping, Falköping och Mariestad) turas om att årligen anordna utbildningar/kurser utifrån en plan som bygger på prioriteringar i denna rapport, där de andra kommunerna erbjuds att köpa platser (utbildningar/kurser avgörs med tabell 11–12 som grund samt utifrån punktlistan på sidan 55)

Framtagning: MAS-nätverket & kommunernas utbildningsansvariga

Beslut: socialchefer

Projektet föreslår,

- ❖ att en form för systematisk bevakning och användning av kostnadsfria webbutbildningar tas fram, med fokus på det som erbjuds via Socialstyrelsens samlingssajt Kunskapsguiden

Framtagning: MAS-nätverket

Beslut: socialchefer

Projektet föreslår,

- ❖ att möjligheten för alla kommuner att nyttja nanolearning för legitimerade ytterligare ses över, med syfte att få tillgång till snabb och kvalitets-säker kunskap i vardagens vårdssituationer

Framtagning: MAS-nätverket & IT-funktion

Beslut: socialchefer

Deluppdrag: Omställning till nära vård

Det är viktigt att skapa en positiv eller åtminstone accepterad bild av omställningen till nära vård och för det krävs fördjupad dialog med samtliga inblandade i kommunernas organisationer. Idag finns viss förankring på övergripande nivå men längre ut i organisationen saknas många gånger känslan av delaktighet och upplevelsen av inflytande. Många uttrycker stor oro för oreglerad övervältring från regionen till kommunerna.

Projektet föreslår,

- ❖ att dialogmöten om nära vård planeras och genomförs, för ledningen samt för legitimerade och andra medarbetare i kommunerna

Framtagning: Skaraborgs KoF Valfärd & VästKom

Beslut: socialchefer

Deluppdrag: Vidareutbildning vid Högskolan i Skövde

Parallellt med projektet pågår satsningar, både nationellt, regionalt och lokalt, som på olika sätt kommer skapa möjligheter för kommunerna att erbjuda sin personal utbildning och löpande kompetensutveckling. Dessa satsningar påverkar vilken riktning projektet ska välja. Till exempel har Skaraborgs kommuner nyligen tilldelats statliga medel för omställningen till nära vård, att använda för att vidareutbilda sjuksköterskor (100 miljoner till Sveriges kommuner varav cirka 2 miljoner förväntas tilldelas Skaraborg). Eftersom medlen är knutna till år 2021 så uppmanas härmed kommunerna att snabbt se över möjligheten för yrkesverksamma medarbetare att ansöka om och till hösten påbörja specialistutbildning till distriktssköterska vid Högskolan i Skövde, på hel- eller halvfart. Det finns även utbildningar att söka vid andra lärosäten i området (se bilaga). Ansökningstiden inleds den 15 februari och pågår till den 15 mars, med möjlighet att komplettera fram till 1 april. Utmaningen för kommunerna blir att ersätta den/de medarbetare som studerar.

Specialistutbildning till äldresköterska startar vid Högskolan i Skövde under år 2022. Inriktningen kommer vara mot psykiatri och mot digitalisering/välfärdsteknik. Ren specialistutbildning till psykiatrisköterska finns också i högskolans planering, men det är oklart när den kan bli verklighet. Högskolan kommer också erbjuda fristående kurser i psykiatri och i digitalisering/välfärdsteknik, med start 2022. Målsättningen är att kunna ge kurserna tvärprofessionellt, för både sjuksköterskor och för personal inom rehabområdet.

När det gäller kommunernas önskemål om att starta grundutbildning inom rehabområdet, med prioritering fysioterapeut, så svarar högskolans representanter att den möjligheten tyvärr inte finns då en medicinsk fakultet saknas.

Det pågår framtagning av ett läns gemensamt avtal om VFU, där Skaraborgs kommuner (alla kommuner i VästKom) fortsättningsvis ska ingå i det avtal som finns för hela regionen. Därmed kommer kommunerna finnas med vid fördelningen av studenter från bland annat Göteborgs universitet, som ex-

aminerar både arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Beslut om avtalet fattas under våren 2021.

Projektet föreslår,

- ❖ att fördjupad samverkan med Högskolan i Skövde möjliggörs, med syfte att få till ett långsiktigt utbud för grund-, specialist- och vidareutbildning som motsvarar kommunernas behov (tabell 13–14) men också för att i större omfattning se över möjligheten att använda högskolan vid framtagning av uppdragsutbildningar som ej ger högskolepoäng (tabell 11–12)

Framtagning: Skaraborgs KoF Valfärd & representanter HiS

Beslut: socialchefer

Deluppdrag: Samverkan digitalisering/välfärdsteknik

Det pågår många samverkansprojekt av olika slag inom området och projektets roll beträffande digitalisering och välfärdsteknik i verksamheten blir i viss mån otydligt. Projektet ser stora vinster med att i större utsträckning nyttja digitala former för lärande och ser tydligt behovet av kommunala investeringar. Förstudien lyfter också behovet av ökad kunskap om digitalisering och välfärdsteknik bland medarbetare. När det gäller övrig digitalisering av arbetssätt och införande av välfärdsteknik i verksamheten så faller det utanför projektets uppdrag.

Projektet avstår från att lämna ytterligare förslag inom detta område.

Deluppdrag: Inventering av vinster under pandemin

När projektbeskrivningen togs fram (maj 2020) befann sig kommunerna i inledningen av pandemin. Därefter har många funktioner i samhällsorganisationen på olika sätt utrett och kartlagt vinster och utmaningar under hela perioden. I viss mån upplever intervjuade att frågor från exempelvis Socialstyrelsen och SKR inte ställts direkt till dem utan till andra i

verksamheten och utifrån den aspekten har den här förstudien frågor inom området ändå fyllt en funktion – att fler blivit hörda. Det finns också arbetssätt som lyckats väl i vissa kommuner och det är viktigt att fortsatt dela med sig till varandra inför eventuellt kommande pandemier.

Projektet föreslår,

- ❖ att fortsatt dialog och erfarenhetsutbyte sker mellan kommunerna utifrån resultaten i den här rapporten

Framtagning: MAS-nätverket & Äldrenätverket

Beslut: socialchefer



Bilaga: frågor vid gruppintervju

Uppdrag 1 & Uppdrag 3: Samordna KOMPETEBSBEHOV/-FÖRSÖRJNING & Utforska möjligheter till VIDAREUTBILDNING

1. Hur upplever ni situationen beträffande kompetensförsörjning när det gäller legitimerad personal? (nuläge, framtid, möjligheter, hot)
2. Vad ser ni som viktigast avseende löpande kompetensutveckling under de kommande 5 åren (ej hp, utan löpande utbildning i vardagen)?
3. Vilken grundutbildning/vidareutbildning/spets (hp) önskar ni fanns lättillgänglig/i närområdet?
4. Om prioritering måste ske, vilken/vilka hp-utbildningar bör prioriteras i det korta/långa perspektivet för att möta just era behov?
5. Vilken kompetenssatsning (hp eller ej) skulle ni prioritera om den startade imorgon?
6. Finns arbetstid avsatt i vardagen för löpande kompetensutveckling (ej hp) för legitimerade eller sker utbildning "om/när tillfälle ges"?
7. Hur ser möjligheten ut att frikoppla personal från arbete för att gå hp-utbildningar?
8. Vad hoppas er kommun få ut av ett skaraborgsgemensamt arbete med kompetensutveckling?
9. Vilken samverkanspartner ser ni som viktigast inom kompetensområdet?
10. Vem i er kommun har ansvar för (bör ha ansvar för) fortsatt uppföljning inom kompetensområdet när projektet är slut?

Uppdrag 2: Dialog om begrepp NÄRA VÅRD

11. Vad betyder begreppet Nära vård för er?
12. Hur påverkar omställningen till Nära vård kommunen? Vilka är de största fördelarna/utmaningarna med omställningen?
13. Kommer det krävas någon särskild kompetens för att klara omställningen till Nära vård? I så fall, vilken?
14. Vad mer kommer krävas (utrustning, teknik, nya arbetssätt med mera)?

Uppdrag 5: Inventera ERFARENHETER CORONATIDEN

15. Har nya kompetenser uppstått i samband med pandemin?
16. Har behov för nya kompetenser uppstått i samband med pandemin (sådan ni önskar ni haft men ej kunnat tillskansa er)?
17. Har nya arbetssätt/ny teknik för utbildning införts under pandemin?

Uppdrag 4: Samverka kring DIGITAL UTVECKLING

18. Vilken digital teknik använder ni i samband med kompetensutveckling?
19. Saknas digitala möjligheter vid utbildning? Om ja, vad saknas?
20. Hur är den digitala vanan bland legitimerade?
21. Finns tillgång till teknisk stöttning/support i egna kommunen/grannkommun?

Bilaga: specialistutbildningar av intresse, vid lärosäten i regionen, start HT 2021

Specialistutbildning	Lärosäte	När	Omfattning	Takt	Form	Behörighet *	Ansökan
Distriktssköterska	Högskolan i Skövde	HT 2021	75 hp	Helfart, 2,5 terminer	Campus, men ställer om till mer distans	Sjuksköterska, grund	15 feb - 15 mars
Distriktssköterska	Högskolan i Skövde	HT 2021	75 hp	Halvfart, 5 terminer	Campus, men ställer om till mer distans	Sjuksköterska, grund	15 feb - 15 mars
Inriktning diabetesvård	Göteborgs universitet	HT 2021	60 hp	Halvfart, 4 terminer	Campus blandat med distans	Sjuksköterska, grund	15 feb - 15 mars
Inriktning psykiatrisk vård	Göteborgs universitet	HT 2021	60 hp	Halvfart, 4 terminer	Campus blandat med distans	Sjuksköterska, grund	15 feb - 15 mars
Inriktning psykiatrisk vård	Högskolan i Väst	HT 2021	60 hp	Halvfart, 4 terminer	Campus	Sjuksköterska, grund	15 feb - 15 mars
Inriktning palliativ vård	Högskolan i Väst i samarbete med Göteborgs universitet	HT 2021	60 hp	Halvfart, 4 terminer	Campus	Sjuksköterska, grund	15 feb - 15 mars
Inriktning vård av äldre	Utbildningen genomförs i samverkan mellan Göteborgs universitet, Jönköping University, Högskolan Kristianstad, Högskolan Väst, Linnéuniversitetet och Lunds universitet	HT 2021	60 hp	Halvfart, 4 terminer	Distans, nätbaserad	Sjuksköterska, grund	15 feb - 15 mars
Inriktning vård av äldre	Högskolan i Borås	HT 2021	60 hp	Halvfart, 4 terminer	Distans	Sjuksköterska, grund	15 feb - 15 mars

* Ofta krävs även viss arbetslivserfarenhet i yrket

Bilaga: fristående kurser av intresse, vid lärosäten i regionen, start HT 2021

Fristående kurser	Lärosäte	När	Omfattning	Takt	Form	Behörighet *	Ansökan
Förskrivning av förbrukningsartiklar vid inkontinens och diabetes	Högskolan i Skövde	HT 2021	7,5 hp	Halvfart	Flexibel	Sjuksköterska, grund	15 mars - 15 april
Handledning av studenter i verksamhetsförlagd utbildning	Högskolan i Skövde	HT 2021	7,5 hp	Halvfart	Campus, men ställer om till mer distans	Sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, grund	15 mars - 15 april
Hälsofrämjande omvårdnad med inriktning mot vuxna och äldre	Högskolan i Skövde	HT 2021	7,5 hp	Halvfart	Campus, men ställer om till mer distans	Sjuksköterska, grund	15 mars - 15 april
Undersökningsmetodik och hälsobedömning	Högskolan i Skövde	HT 2021	7,5 hp	Halvfart	Campus, men ställer om till mer distans	Sjuksköterska, grund	15 mars - 15 april
Vetenskaplig teori och metod	Högskolan i Skövde	HT 2021	7,5 hp	Halvfart	Campus, men ställer om till mer distans	Sjuksköterska, grund	15 mars - 15 april
Äldre personer med diabetes	Högskolan i Väst	HT 2021	7,5 hp	Kvartsfart	Distans	Sjuksköterska, grund	15 mars - 15 april
Arbetsterapi, rehabilitering vid stroke	Göteborgs universitet	HT 2021	15 hp	Kvartsfart	Campus	Arbetsterapeut, grund	15 mars - 15 april
Arbetsterapi vid psykisk ohälsa	Göteborgs universitet	HT 2021	15 hp	Oklart	Oklart	Arbetsterapeut, grund	15 mars - 15 april
Rehabilitering och hälsofrämjande åtgärder för äldre personer med tillämpning inom arbetsterapi	Göteborgs universitet	HT 2021	7,5 hp	Kvartsfart	Distans med viss tid på campus	Arbetsterapeut, grund	15 mars - 15 april
Fysioterapi - neurologisk rehabilitering vid stroke	Göteborgs universitet	HT 2021	15 hp	Kvartsfart	Campus	Fysioterapeut, grund	15 mars - 15 april
Psykisk hälsa och ohälsa - med tillämpning inom fysioterapi	Göteborgs universitet	HT 2021	7,5 hp	Oklart	Oklart	Fysioterapeut, grund	15 mars - 15 april

Förstudie Vårdens medarbetare, mars 2021

Rehabilitering och hälsofrämjande interventioner för äldre personer - med tillämpning inom fysioterapi	Göteborgs universitet	HT 2021	7,5 hp	Kvartsfart	Distans med viss tid på campus	Fysioterapeut, grund	15 mars - 15 april
Palliativ vård med fokus på symtomlindring	Göteborgs universitet	HT 2021	7,5 hp	Oklart	Distans	Sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, grund	15 mars - 15 april

* Ofta krävs även viss arbetslivserfarenhet i yrket

Klarar vi framtidens kompetensförsörjning?

Svaret på den frågan är ja. Men vi klarar oss inte ensamma utan behöver varandra. Om en kommun är resursstark inom ett område så ska vi skapa möjligheter för den att dela med sig av kunskap till andra och om vi kan samordna utbildningsinsatser och villkor så ska vi göra det. Naturligtvis är kommunerna ibland beroende av andra, såsom i omställningen till nära vård eller när det gäller hur många medarbetare som examineras årligen vid våra högskolor och universitet. Därmed inte sagt att det inte finns många saker som kommunerna själva kan påverka. Vi kan bli duktiga på att följa vår demografiska utveckling och personalstatistik över tid, för att inte överraskas av förändringar som vi kunde ha förutsett. Vi kan arbeta mer systematiskt med arbetsplatsnära lärande. Vi kan arbeta för att skapa en bemanningskultur där vi i så stor omfattning som möjligt kan använda oss av den kompetenta personal som vi redan har anställd. Vi kan också bli modigare i vår tekniska och digitala utveckling, för är det någonstans vi kan göra stora vinster när det gäller kompetensförsörjningen så är det inom det området. Ibland handlar kompetensförsörjning om att anställa fler eller öka kunskapen i arbetslaget, ibland handlar kompetensförsörjning om att minska behovet av personal. Utmaningen ligger i att finna rätt kombination av insatser.



Karin Skarin, projektledare Vårdens medarbetare
karin.skarin@skaraborg.se
Tel 0500-49 76 40
Post Box 54, 54122 Skövde
Besök Kaplansgatan 16 a