

STRATEGI FOR KOMPETENCEUDVIKLING I SUF 2014 -2017

ANALYSERAPPORT



Strategi for kompetenceudvikling i SUF 2014 -2017

Analyserapport

Baggrund

Direktionen nedsatte i december 2013 en arbejdsgruppe på chefniveau for at udarbejde en kompetencestrategi for 2014 – 17. Målet har været, at pege på strategiske anbefalinger for kompetenceudvikling, som skal være et fundament for SUFs indsatser.

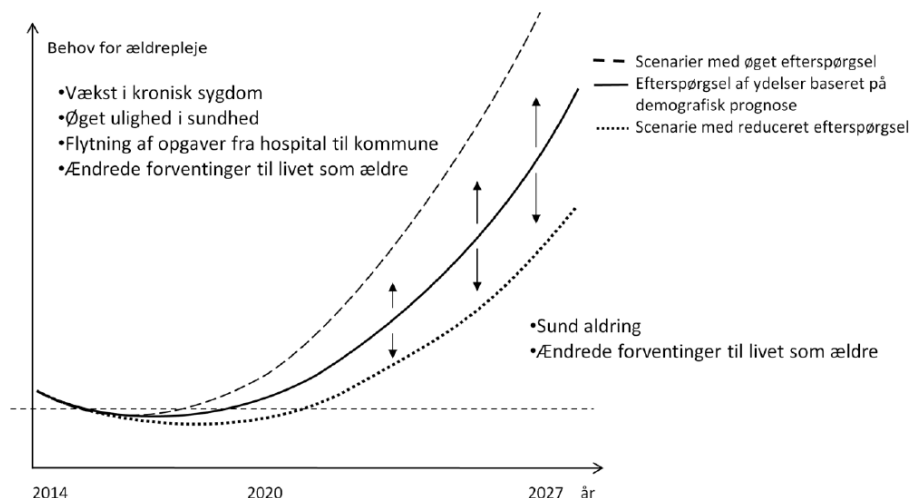
Strategien består af seks strategiske anbefalinger. De bygger på en analyse af, hvor der er behov for at prioritere en særlig indsats for at opfylde de kommende års behov.

Strategien bygger på analyser af udviklingstendenser i borgergruppens sammensætning og i SUF's ydelser. Desuden har arbejdsgruppen undersøgt, hvordan politiske strategier og reformprogrammer påvirker fremtidens kompetencebehov. Endelig bygger strategien på analyser af, hvordan SUF's nuværende personalesammensætning modsvarer fremtidens kompetencebehov.

Strategien omfatter medarbejdere med direkte borgerkontakt. Ansatte i Centralforvaltningen og konsulenter på lokalområdekantorerne er omfattet af det igangværende arbejde med politik for kompetenceudvikling.

Pointer fra analysen

Arbejdet med sundhed og omsorg forandrer sig i de kommende år. Som det ses af figuren neden for, bliver gruppen af ældre mere sammensat. Flere forbliver aktive og raske længere, og får flere sunde leveår og sund aldring. Andre borgere får mere komplekse helbredsproblemer og større behov for pleje, omsorg og træning. Det skyldes blandt andet, at antallet af borgere med demens og kroniske lidelser stiger, ligesom antallet af sårbare borgere med dårlig sundhedstilstand på grund af sociale og økonomiske udfordringer stiger.



De to tendenser får betydning for, om den samlede efterspørgsel på SUF's ydelser stiger eller falder. Det får også betydning for, hvilke typer af ydelser borgerne efterspørger. Det påvirker kravene til medarbejdernes faglighed. En udvikling med mere sund aldring og flere borgere med komplekse helbredsproblemer forudsætter, at SUF både har medarbejdere med specialiserede sygepleje- og terapeutfaglige kompetencer, og medarbejdere som kan understøtte sund aldring og aktive ældrelev gennem brede sundhedsfaglige og pædagogiske kompetencer. Samtidig skal den enkelte medarbejder kunne samarbejde med, formidle til og motivere borgere som har meget forskellige og skiftende ressourcer, behov og ønsker.

Borgernes forventninger er også under forandring, med stigende ønsker til servicekultur, selvbestemmelse, frihed og differentierede ydelser. Medarbejderne skal have kompetencer til at arbejde sammen med borgerne om den enkeltes aktive mestring af eget liv. Ligeledes er der stigende behov for at kunne samarbejde med pårørende og civilsamfund.

Ændring af sygehusenes tilbud og behandlingsformer med kortere indlæggelsestider og mere ambulante behandling øger efterspørgslen på akutte plejeopgaver, hjemtagning og efterbehandling. Et stigende antal borgere får derfor komplekse behov for pleje- og omsorg især for sygepleje og personlig pleje. Her skal de kommunale medarbejdere løfte nye og fagligt krævende opgaver, og de skal kunne koordinere forløb og arbejde sammen på tværs af fagligheder og enheder omkring den enkelte borger.

Stigende fokus på effekt og kvalitet i de kommunale ydelser forudsætter, at medarbejderne er rustet til løbende at udvikle praksis, arbejde på nye måder, forbedre kvaliteten og inddrage ny viden i arbejdet.

For at håndtere de kommende års udfordringer er der brug for at udvikle alle de nuværende medarbejdergruppers kompetencer. SOSU-hjælperne udgør ca. halvdelen af medarbejderne i SUF. Gruppen udgør en grundstamme i arbejdet med pleje- og omsorg i SUF. Der er behov for at SOSU-hjælperne får mulighed for at videreudvikle deres kompetencer for at være rustede til fremtidens behov. Der er også behov for at SUF fortsætter de senere års udvikling med at styrke de specialiserede sygepleje- og terapeutfaglige kompetencer gennem kompetenceudvikling og ved at ansætte flere sygeplejersker, SOSU-assistentter og terapeuter. Samtidig er det centralt at styrke den samlede medarbejdergruppes generelle kompetencer. Især pædagogiske kompetencer, kompetencer til at koordinere sammenhængende borgerforløb, til at arbejde med tværgående opgavepraksis, nytænkning og kvalitet samt almene læse/stave og it-kompetencer.

Omfanget af efter- og videreuddannelsesaktiviteter i SUF er lavt sammenholdt med de betydelige kompetencemæssige udfordringer. Derfor er der brug for at gå nye veje. Her er rekruttering og praksisnær kompetenceudvikling centrale omdrejningspunkter for at skabe effektiv kompetenceudvikling.

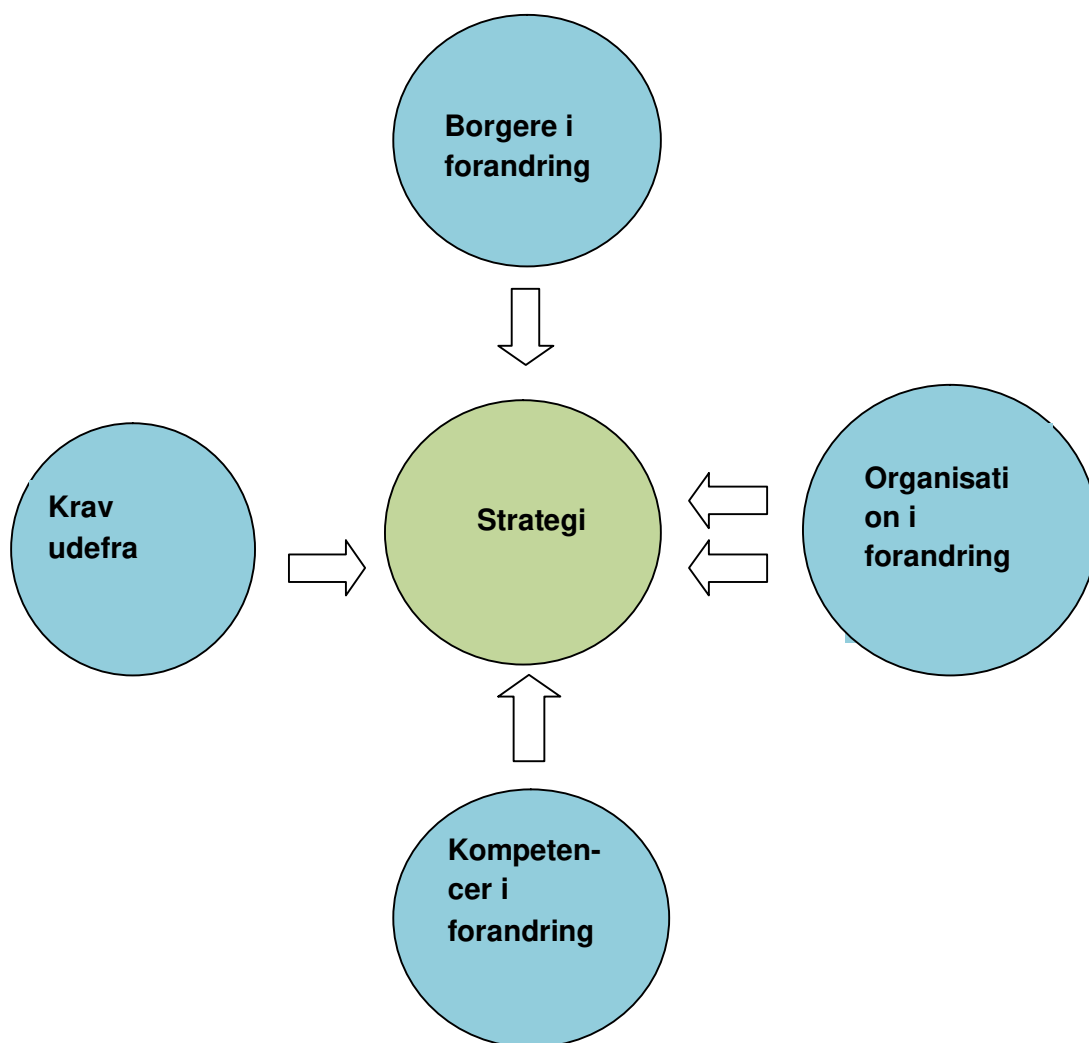
En stor del af SUF's medarbejdere er over 60 år. Det betyder, at der i de kommende år må forventes en væsentlig personaleudskiftning. Måltrettet arbejde med at rekruttere og fastholde de ønskede faglige profiler er derfor et centralt indsatsområde. Ligeledes kan en større sammenhæng mellem tilrettelæggelse af grunduddannelser, organisering af praktikforløb og SUF's kompetencebehov give mulighed for at tiltrække nye medarbejdere, som er rustede til de kommende års opgaver.

Budgettet til efter- og videreuddannelse er de senere år beskåret. Derfor er der behov for et vedvarende fokus på effekt af kompetenceudvikling. Praksisnær kompetenceudvikling knyttet til



kerneopgaverne og borgerne giver gode muligheder for at omsætte nye kompetencer i det daglige arbejde. Det er centralt at sprede effektive metoder til forankring og læring i SUF samt at sikre ledelsesmæssig bevågenhed på kompetenceudvikling. Herunder er der brug for systematisk at planlægge forankring, opfølgning og evaluering allerede i opstarten af større forandringsprojekter.

Strategien for kompetenceudvikling bygger på en analyse af følgende forhold:



a) Borgere i forandring:

- Udvikling i borgergruppens sammensætning, behov og ressourcer (længere levetid og flere 'unge' ældre, flere borgere med kroniske lidelser og sammensatte sygdomsforløb, flere borgere med kræft og med psykosociale udfordringer, mere kulturel mangfoldighed, ulighed i sundhed)
- Forløb i forandring - aktive borgere i sammenhængende forløb (kortere indlæggelser og mere akutbehandling, forløbskoordination, rehabilitering, proaktiv sundhedsstyring)

b) Krav udefra - ændrede politiske og samfundsmæssige krav:

- Politiske reformprogrammer (fx Tillidsdagsordenen)
- Stigende krav til effektivitet, effekt, dokumentation og evidens
- Velfærdsteknologi og øget brug af It

c) Organisation i forandring

- Udvikling i personalesammensætningen (faggrupper og alder, personaleomsætning)
- Rekruttering og fastholdelse

d) Kompetencer i forandring

- Eksisterende kompetenceudvikling (grunduddannelse, efter- og videreuddannelse)
- Kompetencebegreber og praksislæring.

Analyserapporten begrundes de strategiske anbefalinger og de analyser, der ligger bag.



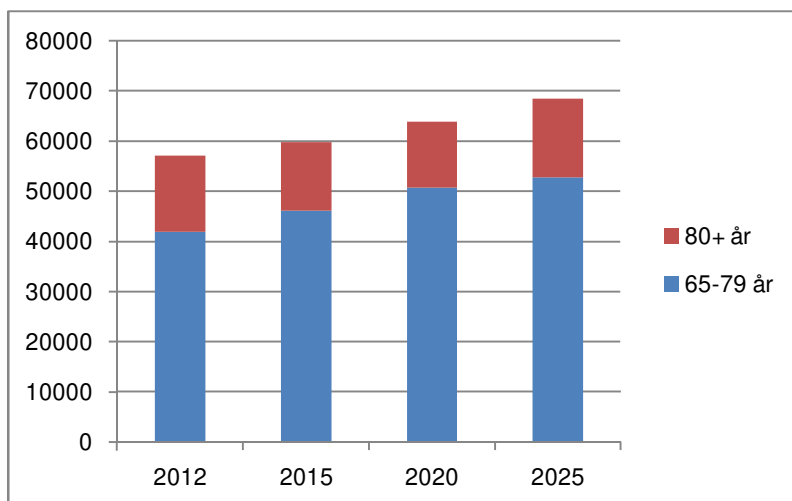
1. Borgere i forandring

1.1 Større spredning i borgernes behov og ressourcer

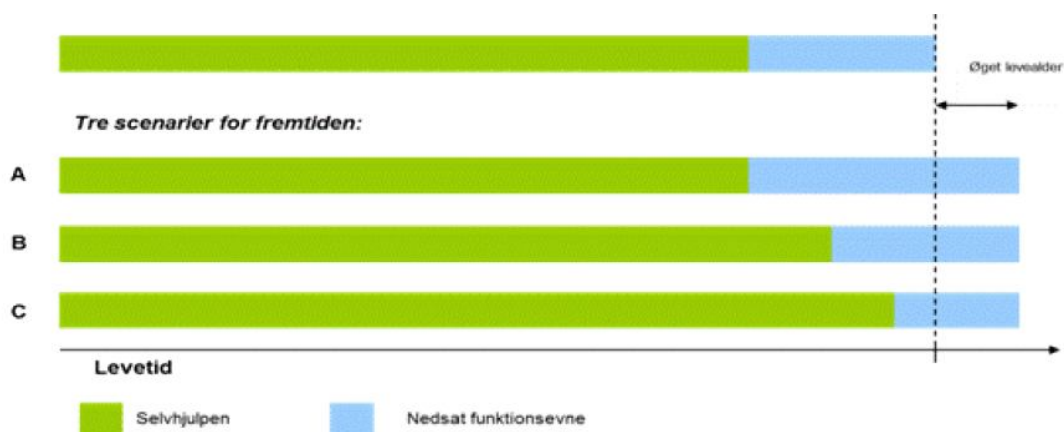
Københavns demografi forandrer sig. Frem til 2017 forventes der at blive flere 'unge' ældre og færre 'gamle' ældre. Herefter forventes antallet af 'gamle' ældre igen at stige. Det betyder, at ydelserne skal tilpasses flere yngre og ressourcestærke ældre – og samtidig favne de ældre borgeres behov for pleje, omsorg og træning.

Der er de senere år sket en stigning i antallet af borgere i aldersklassen 65-79 år, mens antallet af borgere i aldersklassen 80+ år er faldet. Sammenlignet med 2010 er der kommet flere 'unge ældre' og færre 'gamle ældre'.

Frem mod 2017 forventes der at blive flere 'unge ældre' og færre 'gamle ældre'. Dette forventes dog at ændre sig efter 2017, hvor andelen af ældre over 80 år igen forventes at stige



Den demografiske udvikling i København forventes at føre til en større spredning i borgergruppens behov og ressourcer.



Figuren illustrerer, at der forudsiges flere mulige scenarier for ældres behov for sundheds- og omsorgsydelser, når levealderen øges. Scenarie A beskriver en situation, hvor den længere levetid betyder, at ældre generelt får flere år med sygdom og nedsat funktionsevne end nu og dermed mere behov for pleje. Scenarie B beskriver en situation, hvor den længere levetid betyder, at de ældres tab af funktionsevne og sygdom udskydes til senere i livet. Scenarie C beskriver en situation, hvor sund aldring betyder, at de ældre får flere gode leveår og færre år med sygdom og



funktionsnedsættelser. Det kan endnu ikke fastslås hvilke af de tre scenarier, der er mest sandsynlige.

Det må derfor forventes, at nogle ældre i længere tid bevarer et højt funktionsniveau og får flere gode leveår – såkaldt **sund aldring**. Sundere livsstil forventes især at have en gunstig virkning for den bedst stillede del af de ældre (høj uddannelse og indkomst).

Der må fortsat forventes en betydelig **social ulighed i sundhed**. Der vil derfor også fortsat være en gruppe blandt de ældre, som har omfattende behov for pleje, omsorg og træning. Antallet af borgere med sygdomme forårsaget af rygning og højt alkoholforbrug forventes ikke reduceret væsentligt blandt de ældre i de kommende år.

Ældregruppen bliver i de kommende år derfor **mere differentieret**, hvor nogle ældre generelt vil have mere overskud, flere ressourcer og mange vil være i stand til at klare sig selv evt. efter træning/rehabilitering. Samtidig vil andre ældre have omfattende og komplekse plejebest. Det vil give en oplevelse af øget kompleksitet, når den enkelte medarbejder skal samarbejde med borgere med meget forskellige og skiftende behov og ressourcer.

Derudover er borgernes forventninger også under forandring med stigende ønsker til servicekultur, selvbestemmelse, frihed og differentierede ydelser. Medarbejderne skal have kompetencer til at kunne arbejde sammen med borgerne om den enkeltes aktive mestring af eget liv.

Differentieringen underbygges yderligere af en række ændringer i borgergruppernes efterspørgsel, der påvirker kravene til, hvilke kompetencer, der skal være til stede i organisationen:

- Antallet af borgere med **socialpsykiatriske problemstillinger**, både lette psykiske lidelser og svære psykiske diagnoser, er stigende. Det giver behov for viden om og metoder til at samarbejde med borgere med forskellige psykiske lidelser, misbrug, alternative livsstile, hjemløshed mv.
- Der er et øget fokus på borgerne som del af **civilsamfundet** – med mere systematisk inddragelse af **pårørende, frivillige og frivillige organisationer**. En borgergruppe i forandring stiller øgede krav til, at medarbejderne kan samarbejde med forskellige grupper af borgere og pårørende.
- Der kan forventes en udligning af forskellen mellem borgere med **etnisk minoritetsbaggrund** og etniske danskeres brug af SUF's ydelser. I samarbejdet med borgere med en anden etnisk baggrund end dansk er der behov for kulturforståelse og viden om samarbejde med borgere og pårørende med forskellig kulturel eller religiøs baggrund.

Sammensættelsen i borgernes sygdomsmønstre, behov og ressourcer kræver, at medarbejderne kan samarbejde med og formidle til mange forskellige typer af borgere, som har meget forskellige livsvilkår, værdier og viden om sundhed.

Der er brug for at udvikle modeller for, hvordan en pædagogisk tilgang kan understøtte arbejdet med:

- Aktiviteter og aktive ældreliv
- Borgernes selvbestemmelse og mestring
- Servicekultur og samarbejde med pårørende og frivillige
- Samarbejde med borgere med socialpsykiatriske problemstillinger



Der bliver allerede arbejdet med en række pædagogiske tilgange og metoder fx i arbejdet med borgernes livshistorie og i arbejdet med motivation og sundhedspædagogik. Der er behov for at udvikle de pædagogiske kompetencer til at dække de arbejdsfelter, som kommer til at få større betydning i de kommende år.

Betegnelsen **pædagogisk tænkning og kompetencer** sammenfatter de områder, som medarbejderne og organisationen skal være i stand til at løfte for at imødekomme de beskrevne forandringer i borgergruppen.

Kompetencebehov: Pædagogisk tænkning og kompetencer

- Pædagogisk tænkning og kompetencer kan understøttes ved at *opkvalificere* de sundhedsuddannede medarbejdere samt ved at tydeliggøre de nuværende faggruppers kompetencer på området (Hvordan kan SOSU-hjælperne fx udfolde pædagogiske kompetencer i deres pleje- og omsorgsopgaver? Hvilken faglighed udfolder ergo- og fysioterapeuter i det pædagogiske arbejde?) Der er brug for at udvikle modeller for, hvordan pædagogiske kompetencer kan udvikles og anvendes i den daglige praksis med udvalgte ydelser.
- Et flerfagligt aspekt på pædagogik kan understøttes ved at lægge vægt på dette ved *rekruttering* af nye medarbejdere, fx ved at supplere de nuværende faggrupper med uddannede pædagoger og medarbejdere med socialpsykiatrisk erfaring.
- *Praksislæring* kan understøtte, at medarbejdere, som har god erfaring med at integrere pædagogisk tænkning i arbejdet, videreformidler metoder og arbejdsmåder til kolleger. Det forudsætter rammer som understøtter faglig refleksion. *Lederne* kan understøtte dette område, ved at fokusere på pædagogiske refleksioner og handlemuligheder, når de giver faglig sparring til medarbejderne, eller når de tilrettelægger interne møder.



1.2 Forløb i forandring - aktive borgere i sammenhængende forløb

Den må forventes, at hele den faglige og organisatoriske udvikling på sundhedsområdet vil fortsætte – dvs. stadig flere behandlingsmuligheder, og dermed at stadig flere borgere vil opleve på den ene side at være officielt syge (med tilhørende diagnose og behandling), men på den anden side at have behov for behandling og være (medicineret) "rask". Dette betyder at der også i fremtiden vil være langt flere såkaldte kronikere i sundhedsvæsenet.

Hertil kommer, at den primærkommunale del af sundhedsvæsenet skal løfte en større del af sundhedsvæsenets opgaver – særligt når det kommer til akutbehandling, palliation og indsatsen i forhold til personer med en kronisk sygdom. Typisk vil disse personer skulle modtage den specialiserede lægelige behandling fra det regionale sundhedsvæsen og i mange tilfælde skal den suppleres med kommunale ydelser i forhold til genoptræning, patientuddannelse, sygepleje mv. og naturligvis også i mange tilfælde med mere traditionelle pleje og omsorgsopgaver.

Det forudsætter, såfremt den kommunale sundheds- og plejeindsats skal støtte op om denne udvikling, at der kan arbejdes helhedsorienteret med øje for sammenhæng. Det fordrer udvikling af et tværsektorielt samarbejde og tværgående opgavepraksis.

Der er behov for faglig og relationel koordinering mellem de aktører, som behandler/servicerer de enkelte borgere på tværs af enheder og sektorer fx ifm færdigbehandlede, rehabilitering, forløbsprogrammer, tilbagevenden til arbejde efter genoptræning og flytning til plejebolig. Der er ligeledes stigende opmærksomhed på proaktiv sundhedsstyring, som har fokus på koordineret tilrettelæggelse af indsatser (også på tværs af sektorer og funktioner/enheder), orienteret mod borgerens behov og borgernes evne til at tage vare på sig selv.

En række konkrete ændringer i ydelserne og den måde, de er organiseret på, påvirker kravene til, hvilke kompetencer, der skal være til stede i de påvirkede enheder:

- Der bliver flere borgere med **kroniske sygdomme** samt borgere, som lider af flere kroniske sygdomme eller somatiske sygdomme kombineret med psykiske lidelser og/eller demens. De mange borgere med kroniske lidelser har behov for støtte til at leve med deres kroniske sygdom(me), forebygge forværringer og styrke egenomsorgen. Det kræver, at medarbejderne kan skabe motivation for træning og livsstilsændringer.
- Borgere med (flere) kroniske sygdomme behandles både af praktiserende læge, speciallæger, forskellige hospitaler og af den kommunale sygepleje. Der er behov for **fagligt koordinerede forløb** omkring borgerne fra tidlig opsporing til opfølgning efter indlæggelse.
- Arbejdet med at koordinere den enkelte borgers forløb, så det opleves sammenhængende, er især aktuelt for svage og sårbare borgere med komplekse helbredsproblemer. Dermed kan sammenhængende forløb bidrage til at mindske konsekvenserne af **ulighed i sundhed**.
- Forebyggelse af **indlæggelser med forebyggelige diagnoser** er en fordel både for borgerne og økonomien. For at forebygge (gen-)indlæggelser og sikre de ældres sundhed og livskvalitet, er der behov for et fortsat fokus på tidlig opsporing af sygdomme og funktionsændringer.
- Ændring af sygehusenes tilbud og behandlingsformer med kortere indlæggelsestider og mere ambulante behandling forventes at øge efterspørgslen på **akutte plejeopgaver**,



hjemtagning og efterbehandling. De kommunale medarbejdere skal løfte nye opgaver både ift forberedelse til undersøgelser/operationer og efterbehandling efter tidlig udskrivning.

- De forbedrede behandlingsmetoder ift **kræftbehandling** betyder, at gruppen af kræftpatienter forventes at stige, så flere dør med, ikke af, kræft. Det giver flere komplekse kliniske og palliative opgaver.

Mange opgaver fordrer tværsektorielt samarbejde og fagligt samarbejde om tværgående praksis. De kompetencer, som medarbejdere og organisationen skal være i stand til at løfte for at imødekomme disse behov, sammenfattes her under betegnelsen koordinationskompetencer, der foruden koordination også omfatter samarbejdskompetencer, kommunikationskompetencer og arbejde med tværfaglighed. I arbejdet med øget tværgående samarbejde må fokus på kompetencer suppleres med udvikling af de organisatoriske rammer fx ved at arbejde med tværgående ledelse, nedsættelse af tværgående teams omkring konkrete borgergrupper eller lign,

Kompetencebehov: Koordinationskompetencer og ledelse af tværgående praksis

- I tilrettelæggelse af *grunduddannelserne* er det centralt at afklare, hvilke opgaver omkring koordination i det borgernære sundhedsvæsen, hver enkelt faggruppe kan opnå kompetence til at varetage. I *praktikken* kan elever og studerende trænes i at tænke i forløb ift specifikke borgere. Herunder kan arbejdet i studieunits organiseres, så det fremmer tværfaglig praksis ved at omfatte studerende og elever på tværs af uddannelser og studieretninger. Desuden kan der skabes praktikforløb på tværs af uddannelsesretninger og på flere ydelsesområder end hjemmepleje og plejecentre. Der kan være behov for at arbejde med 'simulationstræning', fordi der endnu er få forløb, som elever og studerende kan få erfaringer af.
- En stærkere tilknytning mellem plejehjem, hjemmepleje og almene, praktiserende læger kan bidrage til at kvalificere kontakten til hospitaler og speciallæger. Det giver mulighed for kompetenceudvikling for især sygeplejersker og SOSU-assistenten.
- I *efter- og videreuddannelse* kan temaet knyttes til faglig opkvalificering på de områder, hvor de sammenhængende forløb opleves særligt udfordrende fx ift genoptræning af BIF/SOF- borgere eller behandling af borgere med kræft.
- *Praksislæring*: Fokus på borgernes perspektiv som hovedpersoner i egne sammenhængende forløb kan styrkes som perspektiv i den faglige og tværfaglige sparring. Der er behov for at afklare hvilke opgaver de forskellige faggrupper har ift koordination (hvordan kan en SOSU-hjælper fx understøtte sammenhængende forløb omkring den enkelte borger i sit daglige arbejde?). Der er behov for at etablere 'arenaer' for samarbejde på tværs af fagligheder, sektorer, forvaltninger og enheder. Samarbejdsaktiviteter og besøg mellem enheder, som samarbejder om borgerforløb, kan bidrage til øget kendskab og gensidig forståelse i de sammenhængende forløb. Koordinationskompetencer kan også understøttes gennem en *ledelsespraksis*, der bringer ledelse af monofaglighed ind i rammer, som styrker kvaliteten gennem samarbejdet med andre fagligheder. Det rummer ledelsesmæssige udfordringer at lede medarbejdere med anden faglighed end sin egen. Der er behov for at ruste lederne til at etablere og lede tværfaglige forløb i praksis, inddrage specialistkompetencer fra andre enheder, og for at udvikle metoder til tværfagligt samarbejde som samtidig er økonomisk effektive

Krav udefra

Der er et samfundsmæssigt behov for at udvikle og effektivisere de kommunale ydelser. Behovet viser sig fremover i den måde, ydelserne udformes på, den måde, borgerne inddrages i løsningen på, og i de krav, der stilles til kompetencer både hos medarbejdere og organisation. Ændringerne forudsætter, at medarbejderne er rustede til løbende at lære og udvikle praksis, og at arbejdet er organiseret, så der er mulighed for **nytænkning og kvalitetsudvikling**. Dette vil også kunne understøtte **Tillidsdagsordenens** fokus på at udfolde det faglige råderum.

En række konkrete ændringer i den måde opgaveløsningen organiseres på afspejler disse behov. Det påvirker også kravene til, hvilke udfordringer, der skal kunne håndteres i organisationen, og hvilke kompetencer medarbejderne i denne forbindelse skal have.

- Der er stigende fokus på at sikre ydelser, som både er økonomisk effektive og har høj kvalitet og faglighed. Det forudsætter at medarbejderne kan **reflektere**, arbejde vidensbaseret, og at de kan organisere arbejdet med **løbende forbedringer**, så ny viden også omsættes til forbedret praksis for borgerne.
- Fokus på **effekt** giver øget interesse for, hvordan tiltag og ydelser virker i praksis, og hvilken forskel de giver for borgerne. Det forudsætter, at ledere og medarbejdere kan reflektere over virkningerne af deres indsats ift borgerne og få øje på forbedringsforslag. Der er brug for at understøtte, at medarbejderne kan se nye muligheder og virkeliggøre forbedringsforslag i dagligdagen.
- Der er stigende behov for, at arbejdet foregår **evidens- og vidensbaseret**. Det forudsætter, at ledere og medarbejdere kan inddrage (ny) viden i opgaveløsningen. Der er brug for, at medarbejderne kan arbejde efter evidens- og vidensbaserede retningslinjer og standarder (fx KLs fælles kommunale standarder i sygeplejen),
- Medarbejderne skal kunne sikre nyttig **sundhedsfaglig dokumentation** ift den enkelte borger og i samarbejdet med andre enheder omkring borgerne (fx sygehuse og speciallæger), og medarbejderne skal kunne benytte elektroniske lærings- og dokumentationsredskaber.
- En række offentlige ydelser bliver i de kommende år digitaliseret og selvbetjente. Det stiller krav til ledernes og medarbejdernes It-kompetencer. De skal selv kunne betjene **digitale løsninger**, kunne vejlede borgerne i at bruge digitale løsninger fx ifm velfærdsteknologi og elektronisk kommunikation (fx e-boks) og kunne bidrage med ideer til, hvor digitalisering kan øge effekt og kvalitet i opgaveløsningen.
- Digitalisering giver nye udfordring både for lederne, som skal have blik for digitale løsninger, og for de projektdeltagere og -ledere, som indgår i udviklingsaktiviteter. Erfaring med større It-projekter (som KOS 2) peger på, at der er brug for, at **kompetenceudvikling, forankring og opfølgning** tænkes ind, allerede når projekterne planlægges. Der er også brug for at implementeringen tager højde for medarbejdernes IT- og læse/skrivekundskaber gennem udarbejdelsen af støtteredskaber og dokumentationsformer og sikring af tilgængelighed og funktion af disse.
- Kommunikation bliver i stigende grad It-baseret og der kan være brug for, at nøglepersoner på enhederne fx kan arbejde med hjemmesider, sociale medier og digital borgerkommunikation. For den brede medarbejdergruppe giver digitalisering især behov for **læse/skrive og It-kompetencer**.
- SUF har i 2010-11 gennemført en omfattende **læse/skrive-indsats**, med screening af 3200 frontmedarbejdere og kursustilbud. Knap halvdelen af de screenede medarbejdere har udfordringer med læsning/skrivning og/eller It. Læse/skrive-udfordringerne er mest



udbredte hos medarbejdere med 1-4 års anciennitet. Knap halvdelen af medarbejderne med behov for styrkede læse/skrivefærdigheder har deltaget i kurserne, så der er stadig et kompetencebehov på dette område.

Organisation og medarbejdere er på ovennævnte områder udfordrede af behov for såvel styrkede medarbejderkompetencer, som en række organisatoriske tiltag. De kompetencer, som medarbejdere og organisationen skal være i stand til at løfte for at imødekomme disse behov, relaterer sig alle til mulighederne for at realisere og udvikle den faglige kvalitet i opgaveløsningen. Med øgede behov for sammenhæng mellem stadigt mere differentierede ydelser er behovet for styrkelse af disse kompetencer stort.

Kompetencebehov: Understøtte refleksion og kvalitetsudvikling gennem styrkede læse/skrive- og It-kompetencer – en forudsætning for dokumentation, digital kommunikation og vidensbaseret praksis

- Stigende krav til dokumentation, evidens og effekt stiller krav til, at medarbejderne kan *reflektere* og *inddrage ny viden* i arbejdet, og at de kan arbejde med standarder, procedurer og forløbsprogrammer.
- Der er behov for, at styrke medarbejdernes muligheder for at reflektere over, hvilken *virkning* deres praksis har for borgerne og over muligheder for kvalitetsudvikling, herunder at kunne *omsætte ny viden* og forandringsideer til en ny praksis i hverdagen.
- Der er stigende krav til *skriftlig og It-baseret kommunikation*. Ligeledes er der stigende behov for at kunne benytte elektroniske lærings- og dokumentationsredskaber samt at kunne hjælpe borgerne med selvbetjeningsløsninger, velfærdsteknologi og elektronisk kommunikation.
- En stor del af sosu-hjælperne, men også sosu-assistenten, har behov for at *styrke basale læse/skrive og It-kompetencer*. Der er brug for et fortsat massivt fokus på at udvikle læse/skriv og It-kompetencer – også blandt medarbejdere med kort anciennitet i SUF. Derudover er det vigtigt at støtte, at der i *tilrettelæggelsen af arbejdet* og i *uddannelsesaktiviteter* bliver taget hensyn til medarbejdere med læse/skrive-udfordringer.
- Effekten af It-projekter kan forbedres, hvis *kompetenceudvikling, forankring og opfølgning* tænkes systematisk ind allerede, når projekterne planlægges.



3. Organisation i forandring

I de foregående afsnit har vi set, at antallet af borgere med behov for pleje og omsorg i de seneste år har været faldende. Samtidigt har vi set, at behovene udvikler sig mod øget differentiering, og at borgerforløbene er prægede af hyppigere skift mellem fokuserede ydelser. Denne udvikling slår i stigende grad igennem i SUF's interne organisering og i personale-, alders og uddannelsessammensætning.

Udviklingen i ydelsessammensætningen og i de kompetencebehov, der er afdækket i de foregående afsnit, stiller krav om fortsatte ændringer i SUF's medarbejder – og kompetencesammensætning. Den hidtidige udvikling og nuværende status heri beskrives i de efterfølgende afsnit med henblik på at afdække, om SUF via rekruttering, fastholdelse og efter- og videreuddannelse vil være i stand til i mødekomme de fremtidige behov. Der peges desuden på yderligere behov for afdækning af fastholdelses- og rekrutteringsbehovene.

3.1 Personalesammensætning

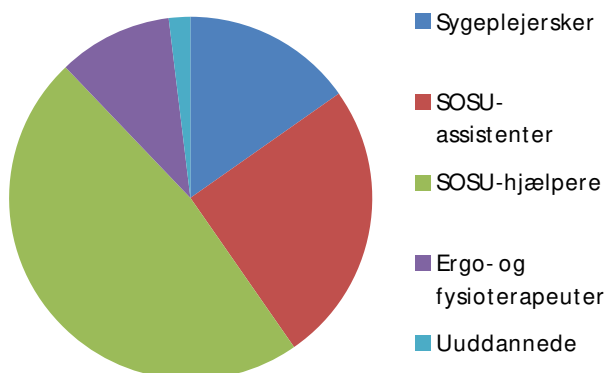
I takt med den demografiske udvikling blandt Københavnerne er antallet af medarbejdere reduceret i hjemme- og sygepleje og i bo- og aktivitetstilbud de seneste år. Inden for træning og genoptræning samt sundhed og forebyggelse er tilgangen af medarbejdere imidlertid større end afgang. Udviklingen afspejler, at det via rekruttering har været muligt at imødekomme behovene for flere medarbejdere til at varetage opgaver vedrørende sygepleje, træning og rehabilitering. Samtidigt viser sammensætningen af medarbejdergruppen, at selvom der har været et væsentligt fald i antallet af SOSU-hjælpere, udgør denne faggruppe fortsat omkring halvdelen af de ansatte i forvaltningen, og vil dermed også i de kommende år være grundstammen i SUF's omsorgs- og plejearbejde. Der henvises til nedenstående tabeller samt figur over medarbejdersammensætningen.

	2011	2011	2012	2012	2013	2013
	KK Tilgang	KK Afgang	KK Tilgang	KK Afgang	KK Tilgang	KK Afgang
Ydelsesområde						
2 Hjemmepleje og sygepleje	104	187	120	219	129	196
3 Bo- og aktivitetstilbud	394	542	420	580	514	614
4 Træning og genoptræning	37	50	60	49	44	33
5 Sundhed og forebyggelse	25	14	33	23	47	28
Hovedtotal	560	793	633	871	734	871



Antal fuldtidsstillinger

I 2013 var der følgende sammensætning af medarbejdere med direkte brugertid i SUF:



Fra 2009 – 2012 er der sket en stigning i antallet af sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter samt sosu-assistentter. Antallet af uuddannede både i hjemmepleje og i bo-og aktivitetstilbud er faldet væsentligt, ligesom antallet af sosu-hjælpere er reduceret.

	2009	2012	Stigning i %
Hjemme- og sygepleje			
Sygeplejersker	207	290	40 %
SOSU-assistentter	125	147	18 %
SOSU-hjælpere	1188	1012	-15 %
Uuddannede	189	46	-76 %
Øvrige	189	137	-28 %
Bo- og aktivitetstilbud			
Sygeplejersker	65	172	165 %
SOSU-assistentter	648	823	27 %
SOSU-hjælpere	1258	1043	-17 %
Uuddannede	194	72	-63 %
Fys-/ergoterapeuter	51	76	49 %
Øvrige	1037	887	-14 %
Træning og genoptræning			
Fys-/ergo	176	216	23 %
Øvrige	56	38	-32 %

3.2 Medarbejdernes alderssammensætning

Mere end 10 % af medarbejderne i hjemmepleje og bo/aktivitetstilbud er i januar 2014 over 60 år. Ligeledes er en væsentlig del af lederne på plejehjem, i hjemmeplejen og sundhedshuse over 60 år (især niveau 4). Det stigende aldersgennemsnit er almindeligt for organisationer, hvor antallet af ansatte er faldende. Det medfører, at antallet af nyansættelser falder og dermed kommer der færre yngre ind i organisationen, samtidigt med at de ældre medarbejdere bliver.



Medarbejdere fordelt på alder, ydelsesområde og stilling januar 2014

		Antal Ansatte	Antal Ansatte	Antal Ansatte	Antal Ansatte	Antal Ansatte	Antal Ansatte Total
		0-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60+ år	
Ydelsesområde	Stillingstype, SUF						
2 Hjemmepleje og sygepleje	05 Sygeplejersker	14	120	94	74	39	341
2 Hjemmepleje og sygepleje	06 Social- og sundhedsassistenter	19	38	58	51	5	171
2 Hjemmepleje og sygepleje	07 Social- og sundhedshjælpere	52	161	343	359	144	1.059
2 Hjemmepleje og sygepleje Total*		85	319	495	484	188	1.571
3 Bo- og aktivitetstilbud	05 Sygeplejersker	38	42	46	53	22	201
3 Bo- og aktivitetstilbud	06 Social- og sundhedsassistenter	147	227	258	293	69	994
3 Bo- og aktivitetstilbud	07 Social- og sundhedshjælpere	144	210	302	401	135	1.192
3 Bo- og aktivitetstilbud	09 Ergo- /fysioterapeuter	26	28	14	14	4	86
3 Bo- og aktivitetstilbud Total*		355	507	620	761	230	2.473
4 Træning og genoptræning	09 Ergo- /fysioterapeuter	44	94	34	19	10	201
4 Træning og genoptræning Total*		44	101	48	28	13	201
5 Sundhed og forebyggelse	05 Sygeplejersker	2	5	13	5	3	28
5 Sundhed og forebyggelse	09 Ergo- /fysioterapeuter	8	20	10	4	1	43
5 Sundhed og forebyggelse Total*		10	25	23	9	4	71
Hovedtotal*		494	952	1.186	1.282	435	4.316

*Totaltallene omfatter kun de faggrupper der fremgår af tabellen. Totaltallene er således **ikke** udtryk for hvor mange ansatte der er indenfor det enkelte ydelsesområde.

Den største gruppe for hver faggruppe er markeret med rødt.

Alderssammensætningen medfører, at der i løbet af de næste 10 år kan forventes en **væsentlig personaleudskiftning**. Dette indebærer, at en række erfarne medarbejdere vil forlade organisationen i de kommende år. Det er ikke belyst, hvorvidt denne afgang af medarbejdere vil få betydning for SUF's evne til at levere den nødvendige kvalitet og sikre udviklingen heri.

Det bør afdækkes, hvilke kompetencer og medarbejderprofiler SUF vil komme til at mangle i de kommende år, fordi vi ikke kan rekruttere nye medarbejdere, der kan erstatte disse kompetencer. I forhold til de medarbejderprofiler, hvor der dokumenteres særlige fastholdelsesbehov, bør der udvikles **fastholdelsesinitiativer**. Dette kan ske ud fra en afdækning bl.a. gennem anvendelse af kompetenceafklaringsværktøjet GoDialog og lokale ledelsesmæssige vurderinger sammenholdt med fremtidige kompetencebehov.

3.3 Rekruttering

Medarbejdernes alderssammensætning viser, at der er mulighed for gennem nyansættelser at påvirke den kompetencemæssige sammensætning i forvaltningen. SUF skal både satse på at efter- og videreudanne nuværende ansatte og samtidig supplere kompetenceprofilen gennem ansættelse af medarbejdere med 'nye' profiler fx inden for velfærdsteknologi, farmaceuter, pædagoger, socialrådgivere og psykologer.



seneste 3 år er der rekrutteret knap 2000 nye medarbejdere i SUF. 7 % af medarbejderne i hjemme- og sygepleje og 16 % i bo/aktivitetstilbud var nyansatte i 2013. SUF har mulighed for at sikre en **betydelig tilgang af nye kompetencer** på grund af den naturlige aldersbetingede afgang af medarbejdere.

Der er behov for at afdække, om afgang sker de steder, hvor forandringsbehovene er størst på grund af ændringer i ydelser og borgergrundlag. Derfor er der også behov for på tværs af enhederne at overveje rekrutteringstiltag, der samlet imødekommer de kommende kompetencebehov.

Samtidig er der behov for at have fokus på gode rekrutteringsprocesser, introduktion og oplæring af de nye for at sikre, at det bliver muligt at tiltrække og fastholde talentfulde medarbejdere.

I 2013 fordelte de nyansatte sig således på faggruppe og ydelsesområde:

Nyansatte medarbejdere i 2013

		Antal nyansatte (i%)
Ydelsesområde	Stillingstype, SUF	
2 Hjemmepleje og sygepleje	05 Sygeplejersker	56 (16 %)
2 Hjemmepleje og sygepleje	06 Social- og sundhedsassistenter	17 (10 %)
2 Hjemmepleje og sygepleje	07 Social- og sundhedshjælpere	39 (4 %)
2 Hjemmepleje og sygepleje Total		112 (7 %)
3 Bo- og aktivitetstilbud	05 Sygeplejersker	45 (22 %)
3 Bo- og aktivitetstilbud	06 Social- og sundhedsassistenter	186 (19 %)
3 Bo- og aktivitetstilbud	07 Social- og sundhedshjælpere	155 (13 %)
3 Bo- og aktivitetstilbud Total		385 (16 %)
Hovedtotal		498 (12 %)

Prognoser for tilgængelighed af sundhedsuddannede medarbejdere i Hovedstaden peger på, at der i de kommende år sandsynligvis vil være **tilstrækkeligt udbud af medarbejdere** generelt set til at opfylde behovene for nyrekruttering i SUF. Prognoserne er behæftet med en væsentlig usikkerhed, men det forventes, at tilgængeligheden af SOSU-assistenter og ergo-/og fysioterapeuter på sigt vil overstige efterspørgslen, samt at udbuddet af sygeplejersker sandsynligvis vil opfylde efterspørgslen. Der forudsiges en mangel på SOSU-hjælpere i regionen, men det opvejes af, at sygehusene forventes at ansætte færre hjælpere.

Der er brug for et tæt regionalt samarbejde omkring arbejdsmarkedsanalyser og –udvikling med henblik på løbende prognostisering af forventninger til arbejdskraftbehovet og udbuddet af uddannede.



Kompetencebehov: Kompetenceudvikling gennem målrettet rekruttering

- Det bør afdækkes, hvilke kompetencer og medarbejderprofiler SUF kommer til at mangle i de kommende år. Det kan ske gennem anvendelse af kompetenceafklaringsværktøjet GoDialog og lokale ledelsesmæssige vurderinger sammenholdt med fremtidige kompetencebehov. Der er behov for en særlig indsats for at rekruttere medarbejdere med specialiserede sygepleje- og terapeutfaglige kompetencer samt medarbejdere og ledere med 'nye' profiler (fx pædagoger, socialpsykiatriske, socialfaglige og velfærdsteknologiske kompetencer. Udfoldelse af *flere karriereveje* (fx en pædagogisk og en klinisk karrierevej) kan tiltrække og fastholde dygtige medarbejdere fra alle faggrupper.
- Samtidig er der behov for at have fokus på *gode rekrutteringsprocesser*, introduktion og oplæring af nye for at sikre, at det bliver muligt at tiltrække og fastholde talentfulde medarbejdere.
- Oprettelse af *introstillinger* for nyuddannede sygeplejersker og terapeuter kan bidrage til at rekruttere unge talenter, ligesom *rotations-ordninger* for nyuddannede kan give anledning til at tydeliggøre de kommunale karrieremuligheder.
- Der er brug for et tæt regionalt samarbejde omkring arbejdsmarkedsanalyser og – udvikling med henblik på løbende prognostisering af forventninger til arbejdskraftbehovet og udbuddet af uddannede.



4. Kompetencer i forandring

4.1 Kompetenceudvikling - Grunduddannelse

Som beskrevet ovenfor kan rekruttering væsentligt bidrage til et kompetenceløft, hvis SUF kan tiltrække og fastholde relevante medarbejdere og -profiler. Det langt største bidrag til de kommende års rekruttering til SUF vil komme fra de grupper, der er under uddannelse nu og de kommende år.

Derfor er det vigtigt at sikre, at

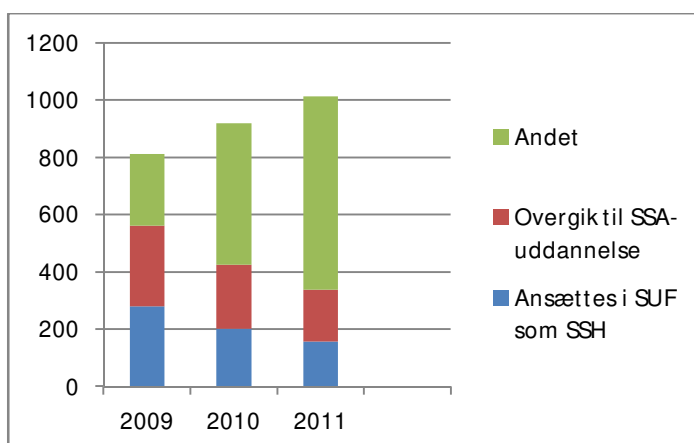
- de dygtigste af de elever og studerende, der er i uddannelse, også bliver rekrutteret og fastholdt i SUF,
- den uddannelse, som eleverne og de studerende opnår, er på et fagligt niveau, der matcher fremtidens kompetencebehov og
- der er et studie- og uddannelsesmiljø, der understøtter læring, nærvær og motivation

SUF bidrager til at uddanne nye medarbejdere både på erhvervsuddannelsesniveau (SOSU-hjælper, og –assistent) og professionsbachelor (sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter, ernæringsassistenter). Indhold og opbygning af uddannelserne er styret af nationale bekendtgørelser. De fastlægger bl.a. optagelseskriterier, timetal, fag og niveauer. SUF's bidrag sker væsentligst gennem praktikforløbene.

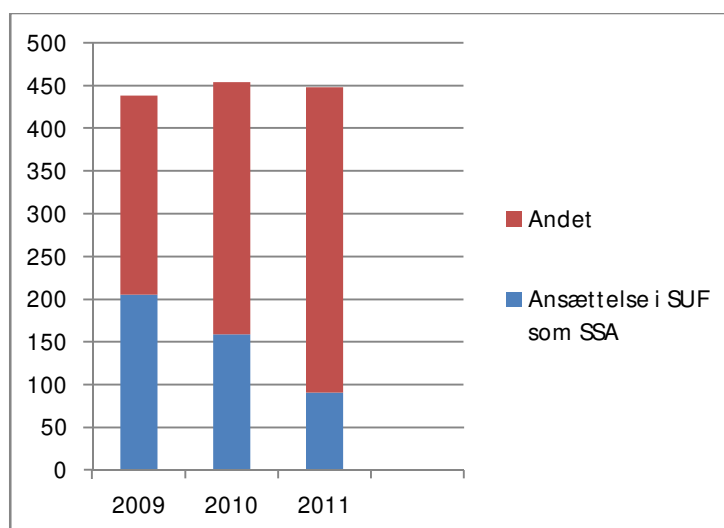
Der er et stort **frafald** undervejs i erhvervsuddannelserne til SOSU-hjælper og SOSU-assistent. Årsagerne er mangfoldige (faglige, personlige og sociale). For hjælpereleverne havde 60 % af dem, der blev optaget i 2010 gennemført uddannelsen i 2012. For assistenteleverne var tallet 57 %. Samtidigt er fraværet højt.

En stor del af de færdiguddannede SOSU-hjælper og –assistenter **bliver ikke ansat** i forvaltningen. SUF bidrager til at uddanne langt flere elever, end der efterfølgende ansættes. Antallet af færdiguddannede, som fastholdes i SUF, er faldende. For social- og sundhedshjælpereleverne (SSH) blev 35 % af de nyuddannede ansat i 2009. I 2011 var andelen faldet til 15 %. Af SOSU-assistenteleverne (SSA) blev 47 % ansat i 2009. I 2011 var det 20 %.

Figuren viser, hvor mange af de uddannede SSH-elever, der hhv. blev ansat i SUF, overgik til –assistentuddannelse og fik anden beskæftigelse eller er ledige.



Denne figur viser tilsvarende, hvor stor en del af de uddannede SSA-elever, som efterfølgende blev ansat i SUF (Antallet af færdiguddannede i anden beskæftigelse dækker også SSA-elever uddannet i Region Hovedstaden).



Uddannelserne skal ruste deltagerne bredt og er fagligt rettet mod flere sektorer. Der er i den forbindelse behov for at styrke fokus på de kompetencer, der vil blive efterspurgt fra ældresektoren. I den forbindelse er der behov for et øget **fokus på ældreliv** (geriatri, gerontologi og gerontopsykiatri) i professionsbachelor-uddannelserne, og behov for, at uddannelserne i højere grad introducerer elever og studerende til de kommunale arbejdsopgaver inden for sundhed, service og træning. Det stigende behov for rehabiliterende forløb stiller tillige krav om, at rehabilitering indgår som systematisk perspektiv i uddannelserne. For at underviserne har tilstrækkeligt kendskab til kommunale arbejdsopgaver, tilbydes de studiebesøg/praktikophold i SUF.

En væsentlig del af uddannelsen foregår i **praktikken**. I dag varetages praktikvejledningen og den kliniske vejledning hyppigt af medarbejdere på samme uddannelsesniveau som eleverne og de studerende (SOSU-hjælperer vejleder SOSU-hjælper-elever etc.). Det er centralt, at SOSU-hjælperernes faglighed afspejles i praktikvejledningen. Men ved at styrke praktikvejlederes og de kliniske vejlederes kompetencer kan kvalitet og fastholdelse i praktikforløbene øges.

Rekruttering og fastholdelse af velkvalificerede elever og studerende under og efter deres uddannelse kan bidrage til de kommende års kompetenceløft i SUF. Oprettelse af **introstillinger** og **rotations-ordninger** kan bidrage til at rekruttere unge talenter og tydeliggøre de kommunale karrieremuligheder. I dag skal sygeplejersker have 2 års erfaring, før de ansættes i SUF.

Bedre branding af uddannelserne gennem fejring af nyuddannede, valg af årets praktiksted, deltagelse i SOSU-Skills (fagkonkurrence) kan være med til at tiltrække, fastholde og motivere elever og studerende.



Kompetencebehov: Kompetenceløft i grunduddannelser

- Et tættere strategisk samarbejde mellem Grunduddannelse København, studieunits og skolerne kan skabe øget sammenhæng mellem SUF's kompetencebehov, tilrettelæggelse af uddannelserne og organisering af praktikforløb. Der er behov for, at *professionsbacheloruddannelserne* får et stigende fokus på ældreliv, og at *grunduddannelserne* introducerer elever og studerende til de kommunale arbejdsopgaver inden for sundhed, service og træning. Der er mulighed for begge dele inden for de nuværende studieordninger, men mulighederne skal udnyttes bedre. For at underviserne har tilstrækkeligt kendskab til kommunale arbejdsopgaver, kan de tilbydes studiebesøg/praktikophold i SUF. Hvis nyuddannede skal rustes til et fremtidigt arbejde i SUF, er det centralt at rehabilitering indgår som systematisk perspektiv i uddannelserne.
- *Praktikforløbene* kan styrkes ved at stille øgede krav til praktikvejlederes og de kliniske vejlederes kompetencer, så hjælpelever på sigt i højere grad vejledes af SOSU-assistenten, herunder assistenter med akademiuddannelse, og sygeplejestuderende af sygeplejersker med relevante diplommoduler.
- Praktikken kan også styrkes ved at udvikle praktikvejledernes praksis gennem organisering af praktikforløbene, så eleverne får tættere kontakt socialt og fagligt til deres praktikvejleder og til hinanden. Arbejdet i studieunits kan i større udstrækning organiseres på tværs af studie- og uddannelsesretninger, så det fremmer koordinationskompetencer og tværfaglig praksis.

4.2 Kompetenceudvikling - Efteruddannelse

Siden 2010 har SUF's midler til efter- og videreuddannelse været konstant faldende. Det har været nødvendigt med en stadig mere målrettet prioritering af SUF's egne midler og i stigende omfang en målrettet anvendelse af eksterne finansieringskilder. I 2009 havde SUF en central kompetencebevilling på ca. 55 mio. kr. I 2010 og -11 reduceredes denne, som følge af bevillingsophør, hvorved den centrale kompetencebevilling blev reduceret til ca. 38 mio. kr. Ved udgangen af 2013 reduceredes denne med yderligere ca. 11 mio. kr. og udgør således nu ca. 27 mio. kr. Nedenstående figur sammenfatter i grove træk udviklingen i reduktionen i kompetencemidlerne i SUF samt de nuværende midlers overordnede anvendelse.



55 mio. kr. 2009	Besparelser: - Vikardækning - SCOOP Løntillæg - Studieunits - Klinisk vejledning	38 mio. kr. 2013	Besparelser: - Puljer - Studieunits - Centrale og decentrale konsulenter	27 mio. kr. 2014	Anvendelse: - Grunduddannelse ca. 9,9 mio. kr. - SCOOP Løntillæg ca. 3 mio. kr. - Centralt ca. 8,1 mio. kr. - Decentralt ca. 6 mio. kr.
-------------------------	---	-------------------------	--	-------------------------	--

Med de stadig faldende midler til kompetenceudvikling har behovet for målretning af midlernes anvendelse været stor. Udviklingen har medført besparelser på de elementer i midlernes hidtidige anvendelse, hvor de mindst har bidraget til at understøtte forvaltningens strategiske prioriteringer. Midlernes fremtidige anvendelse prioriteres ud fra SoU's beslutninger, forvaltningens prioriterede faglige indsatsområder samt enhedernes efterspørgsel.

I 2012 og -13 er der gennemført store uddannelsesmæssige satsninger på Læse-/skrive, It-området og KOS II. Derudover er der igangsat kurser som understøtter Demensstrategien og øvrige faglige indsatsområder (fx medicin, hjerneskade, sår). Der henvises til bilag 1.

Nedenfor ses det aktuelle omfang af efter- og videreuddannelsesaktiviteter fordelt på ydelsesområder og faggrupper. Med de betydelige kompetencemæssige udfordringer, som den fremtidige udvikling indebærer, **vurderes aktivitetsniveauet for formel uddannelsesaktivitet som værende lavt.**

Forholdsvist mange medarbejdere har deltaget i centralt koordinerede uddannelsesforløb, men med få gennemsnitlige uddannelsesdage pr. medarbejder.

Antal medarbejdere på kursus i ydelsesområder	2012	2013
Plejehjem	2181	1360
Central	316	106
Træningscenter	199	138
Aktivitetscenter	27	17
Lokalområdekantor	551	75
Forebyggelsescenter	87	10
Hjemmeplejen	799	1086
Rehabiliteringscenter	463	252
Genoptræningscenter	36	40

Fordelt pr. medarbejder er omfanget af formel efteruddannelse forholdsvis begrænset i 2012 – 13. Social- og sundhedsassistenter er den gruppe, som har deltaget mest i formelle kompetenceudviklingsaktiviteter. Sygeplejerskernes brug af efteruddannelse er steget i 2013.

Antal kursusdage i gennemsnit per medarbejder	2012	2013
Social- og sundhedshjælpere	1,9	1,4
Social- og sundhedsassistenter	4,1	4,2
Sygeplejersker	1,9	3,6
Ergo- og fysioterapeuter	2,3	1,8
Økonomaer/ernæring	0,2	0,3
Teknisk- og kontorpersonale	0,3	1,4
AC'ere	0,9	4,1
Afholdte kursusdage i alt	12.796	14.089



KOS 2 Introduktionsdag		5.100
		19.189

4.3 Kompetenceafklaring og praksisnær læring

Omfanget af efter- og videreuddannelse i SUF er lavt sammenholdt med organisationens betydelige kompetencemæssige udfordringer. Det er derfor væsentligt, at den indsats, der gøres for at løfte kompetencerne, er den mest virksomme.

I dag **effekt-evalueres** SUF's efter- og videreuddannelsesaktiviteter ikke systematisk. Skolerne evaluerer ofte tilfredsheden med kursusforløb, men det følges ikke systematisk op med undersøgelser af kursernes betydning for ændret praksis i det daglige arbejde og for borgerne. Effektiviteterne kan styrkes ved at afklare realistiske effektmål og egnede evalueringsformer for forløb med særlig strategisk betydning.

Manglende effektevaluering kan føre til forkert anvendelse af de begrænsede midler og til manglende viden om virkningen af forskellige pædagogiske og faglige virkemidler. Der er dog god evidens for, at praksisnær læring er en effektiv pædagogisk tilgang til at omsætte kompetencer i daglig praksis og dermed styrke uddannelsens effekt for de borgerrettede ydelser. Praksisnær læring kan både tænkes ind på de enkelte enheder (fx i tilrettelæggelse af møder og faglig sparring, støtte til dokumentation) og i tilrettelæggelse af tværgående kompetenceudviklingsforløb.

Der er brug for at fortsætte arbejdet med at systematisere **overblikket** over og **spredningen** af velfungerende veje til forankring og læring i SUF, så effektfulde modeller spredes, og der ikke bruges ressourcer på at udvikle modeller, som allerede er afprøvet i andre enheder/lokalområder. En opsamling af erfaringer med effektiv praksislæring kan bidrage til, at formel efteruddannelse anvendes mere optimalt fx ved at have øget fokus på, hvordan AMU-forløb kan tilrettelægges, så deltagerne får størst udbytte og kan understøtte spredning af den nye viden.

Læringskonsulenterne har fokus på at understøtte dette. Men der er behov for øget **ledelsesopmærksomhed** på kompetenceudvikling, fx på at støtte muligheder for at omsætte ny viden fra efter- og videreuddannelse til en ændret praksis.

Det er i den forbindelse centralt at sikre, at nye kompetencebehov bliver opdaget og nye tendenser opfanget på tværs af enheder og lokalområder. SUF's nye fælles kompetenceafklaringsværktøj GoDialog forventes at give lederne overblik over, hvor deres afdeling eller gruppe har, og hvor den mangler kompetencer. Det vil styrke den enkelte enheds og forvaltningens muligheder for at målrette kompetenceaktiviteterne efter, hvor behovene er størst.

Effekten af kompetenceudvikling kan forventes at øges, hvis viden fra kompetenceafklaringsværktøjet og fokus på forankring og opfølgning tænkes ind allerede i **planlægningen af større forandringsprojekter**. En større fælles forståelse og prioritering af kompetenceudviklingen i forvaltningen vil kunne styrke en effektiv anvendelse af ressourcerne på området. I dag anvender de enkelte strategier og udviklingsaktiviteter i SUF forskellige veje til implementering og idriftsættelse uden systematisk brug af hidtidige erfaringer og eksisterende strukturer. Der er behov for at udvikle fælles modeller for forankring af nye kompetencer på de enkelte enheder, og for at udnytte fx instruktører/ressourcepersoner uddannet i et forløb til andre områder.



En **fælles terminologi** for kompetencer og kompetenceniveauer kan understøtte en fælles tænkning om kompetenceudvikling. Det foreslås, at tage udgangspunkt i de 5 niveauer i SUF's nye kompetenceafklaringsværktøj GoDialog, som bl.a. bygger på Sundhedsstyrelsens/KL's Fælles indsatskatalog ('Nybegynder, Begynder, Kompetent, Kyndig, Ekspert').

Kompetencebehov: Praksislæring – best practice til forankring og læring

- Omfanget af efter- og videreuddannelsesaktiviteter i SUF er lavt sammenholdt med organisationens betydelige kompetencemæssige udfordringer.
- Der er behov for større fokus på *effektvurdering* af SUF's efter- og videreuddannelse herunder deltagernes muligheder for at overføre ny viden fra undervisning til praksis. Der er brug for at indsamle og *spredde velfungerende veje* til forankring og praksislæring i SUF, for at sikre større effekt af igangsatte forløb.
- Der er behov for at støtte *ledernes arbejde* med praksisnær kompetenceudvikling –fx gennem tiltag, som hjælper med at omsætte ny viden fra efter- og videreuddannelse til en ændret praksis i hverdagen.
- Effekten af kompetenceudvikling kan forventes at øges, hvis *forankring og opfølgning* tænkes ind allerede i planlægningen af større forandringsprojekter. *Terminologien for kompetenceniveauer* fra GoDialog ('Nybegynder, Begynder, Kompetent, Kyndig, Ekspert') bør benyttes i alle SUF's strategier og programmer.



Kilder

Cowi 2013: Behovet for velfærdsuddannede i Region Hovedstaden

EVA 2013: At falde fra eller til – frafaldsanalyse for SOPU, Danmarks Evalueringsinstitut

Folkesundhedsrapport 2014: Folkesundheden i København, SUF

Hjemmehjælpskommissionen 2013: Hjemmehjælpskommissionens anbefalinger - Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats

KL 2014: Next practice – Udvikling af det nære sundhedsvæsen gennem bedre sundhedsuddannelser

KL 2013: Fælles indsatskatalog med faglige beskrivelser

KL 2013: Udvikling gennem bedre uddannelser

KL 2012: Det nære sundhedsvæsen

Kroniske sygdomme i Region H: Forekomsten af Kroniske sygdomme i Region Hovedstaden

Metropol og SUF 2012: Idé-katalog: Ideer til udvikling af sygeplejerskeuddannelsens undervisning relateret til den kommunale sundhedsopgave

Regeringen 2013: Mere borger mindre patient – et stærkt fælles sundhedsvæsen

SUF 2013: Proaktiv sundhedsstyring KK-SUF

SUF 2012: Sundhedspolitikken

SUF 2012: Demenspolitikken 2010-2014, kompetence og funktionsbeskrivelser for demensområdet,

SUF 2011: Aktiv og tryk hele livet

Sundheds- og omsorgsudvalget 2013: Oversigt over udviklingen i valgperioden

Teknologisk Institut 2013: Det samarbejdende sundhedsvæsen på det somatiske og psykiatriske område - analyserapport

TUE 2013: Borgergrundlag i Tværsektoriel Udredningsenhed, udkast til direktionsmøde 19. dec. 2013

Årsrapport 2012: Årsrapport for Sundheds- og omsorgsforvaltningen



Bilag 1.

Der blev i 2012 og 2013 gennemført følgende centralt udbudte kompetencetilbud. Deltagerantallet er ligeledes angivet i tabellen.

Kompetenceudvikling 2012/ 2013	Varighed	Deltagere i alt	
		2012	2013
Demensstrategi – AMU	2013		
Omsorg for personer med demens	5 dg	534	634
Demensvejlederuddannelsen	12 dg	0	80
Demensstrategi – Diplommoduler			
Aldring og demens	6 uger	0	30
Etik, jura og psykologi'	6 uger	24	59
Indsatsområder – AMU			
Medicinhåndtering	11 dg	107	56
Inkontinens	1 dg	48	13
Praktikvejleder	10 dg	127	124
Hverdagsrehabilitering	5 dg	0	61
Hjerneskadeforløb	3 dg	287	81
Psykiatrisk sygepleje	4 dg	0	26
Læse og skrive indsats fra 2011 - 2013			
Læse/skrive screening (2011 - 2012)	2 timer	3314	0
Læse/skrive kursus (FVU ramme)	8 dg	646	108
Dus med din PC	3 dg	275	18
Indsatsområder - Diplommoduler			
Rehab., patienttologi, sygepl vurdering mv.	6 uger	20	24
Palliativ indsats	6 uger	?	10
Klinisk vejledereuddannelse	6 uger	17	18
Kursus, temadage mv.			
Fællessprog II	1 dg	274	160
Kursus i rehabilitering	2 dg	0	42
Undervisning i sårpleje og behandling	3 x 2½ t.	0	941
PC og Skriv klart			
e-kommunikation	1 dg	798	344
E doc	1 dg	145	14
KOS 2 introforløb	1 dg	0	5100
Skriv klart	2,5 dg	42	31
Rengøring			
Kompetencevurd. af rengøringsmedarbejdere	4-11 uger	0	111
Faglig løft af rengøringsmedarb.-Screening		0	83
Medarbejdere i alt		6658	8168



I 2014 er der foreløbigt planlagt følgende efter- og videreuddannelse:

Foreløbig planlagt kompetenceudvikling februar 2014	Antal medarbejdere
Almen kompetenceudvikling	
E-læring: demens, sårbehandling, medicin håndtering, mv.	
Klinisk vejlederuddannelse til professionsbachelorere	24
Sårbehandling, opfølgning på undervisning i 2013 ud fra effektevaluering	180
Tidlig opsporing af palliative forløb, opfølgning på konference	200
Effektevalueringer af læring mellem kursus og praksis	
Administration, Central og fremskudt forvaltning	500
IT/Læse og skrive indsatsen inkl e-læringsmodul	
Kompetenceafklaringsværktøj	
Medicin håndtering 11 dages AMU kursus for SOSU-assistentere	200
Praktikvejledermodul, obligatorisk AMU kursus til vejledning af SOSU elever	50
Rehabilitering i det daglige arbejde 5 AMU kurser	135
Psykiatrisk sygepleje 2 AMU kurser	54
Styrkelse af medarbejdernes fokus på beboernes livskvalitet 2 AMU kurser	54
ADL - almindelig daglig træning 2 AMU kurser	54
Kompetenceudvikling omkring borgere med hjerneskade AMU kurser	
Demensstrategien	
Kompetente generalister' - 5 dages AMU kursus	600
Demensvejleder', gennemgår 11 dages AMU-kursus	200
Sundhedsfaglige diplommoduler for 'demensvejledere'	60
Temadag om magtanvendelse	
Ældrepakken	
130 SOSU-assistentere samt 130 SOSU-hjælpere på 16 dages opkvalificeringsforløb til den reviderede uddannelsesordning 2012	260
Koordinering af sammenhængende forløb ved hjemkomst fra hospital, midlertidigplads mv. for ergo- og fysioterapeutere samt sygeplejersker	60
Sundhedsfaglig diplomuddannelse for sygeplejersker med særligt ansvar for medicin håndtering	64
Jobrotation	
Køkken-, service og rengøringsmedarbejdere	150
Korte kurser	
Skriv kort, klart og forståeligt	
Bliv dus med din pc	
Inkontinens kurser om vejledning til borgere	
KOS 2 introduktionsdag	120
Tygge-synke-funktion	
Konference: Samtalen om tidlig opsporing af palliative forløb.	200

