

Bedre kvalitet gjennom økt kompetanse?

Bedre kvalitet gjennom økt kompetanse?

Undervisningssykehjemmet i Agder

Elin Thygesen og Anne K. F. Tønsberg



Forord

Etter at Songdalstunet ble etablert som undervisningssykehjem i januar 2001, ble det igangsatt en rekke ulike kompetansehevingstiltak, hvor videreutdanningen i eldreomsorg den gang var det mest omfattende. Videreutdanningen og en del av de andre tiltakene ble iverksatt i samarbeid med flere andre kommuner i regionen, men hvor Songdalen kommune var pådriver. I denne sammenheng var det etter hvert ønskelig å foreta en vurdering av nytten ved å drive en slik form for videreutdanning på arbeidsplassen. I tillegg er det ved flere anledninger kommet forespørsler om det foreligger en oversikt over virksomheten ved Undervisningssykehjemmet i Agder. Dette er bakgrunnen for at det høsten 2001 ble søkt om UoD-midler fra Kommunenes Sentralforbund (KS) til prosjektet: ”Bedre kvalitet gjennom økt kompetanse?”. Hensikten var todelt. For det første skulle vi presentere Undervisningssykehjemmet i Agder med spesiell vekt på utvikling av tverrkommunalt samarbeid innen kompetanseutvikling. For det andre ønsket vi å foreta en vurdering av videreutdanningen i eldreomsorg.

Skriftserien nr.111
76 sider
90,- NOK

ISSN: 1503-5174
ISBN: 82-7117-540-8

© Høgskolen i Agder, 2004
Serviceboks 422, N-4604 Kristiansand

Design: Høgskolen i Agder

Emneord:
Undervisningssykehjem
kompetanse
kompetanseutvikling
videreutdanning
kvalitet
holdninger
helse- og omsorgspersonell



Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	9
2	Innledning	11
2.1	Bakgrunn	11
3	Sentrale begreper	13
3.1	Undervisningssykehjem	13
3.2	Undervisningssykehjem i Agder	15
3.3	Kompetanse og kompetanseutvikling	17
3.4	Kvalitet	18
4	Hva er god eldreomsorg?	21
4.1	Kjerneverdier i eldreomsorgen.....	21
4.2	Hva sier de gamle selv?.....	22
4.3	En etisk forsvarlig praksis	23
4.3.1	Skal vi følge hodet eller hjertet?	24
5	Status Undervisningssykehjem	25
5.1	Formell kompetanseutvikling.....	25
5.1.1	Videreutdanning i eldreomsorg.....	26
5.1.2	Videreutdanning i tverrfaglig rehabilitering	27
5.1.3	Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVK)	28
5.2	Fagutvikling	29
5.2.1	Berøring som lindrende og helsefremmende metode.....	29
5.2.2	Etablering av pårørendegruppe	32
5.2.3	Praksisplasser for musikkstudenter	33
5.2.4	Erindringsrom.....	34
5.2.5	Informasjonsteknologi (IKT)	34
5.3	Organisasjonsutvikling.....	35
5.3.1	Lederutvikling - ”Flink med Folk”.....	35
5.3.2	Inspirasjonsdager.....	37
5.4	Etablering av et kompetansenettverk	37
6	Bedre kvalitet gjennom økt kompetanse?	39
6.1	Innledning.....	39
6.2	Metode.....	39
6.2.1	Utvalg	39
6.2.2	Instrumenter	40
6.2.3	Analyse.....	41
6.2.4	Etiske forhold	41
6.3	Bakgrunnsopplysninger.....	41
6.4	Er kompetansen min bedre nå?	42
6.4.1	Tilfredshet med hjelpen de kan gi	42
6.4.2	Etikk	43
6.4.3	Kommunikasjon	43
6.4.4	Ønske om mer undervisning	44
6.4.5	Hva er det viktigste?.....	44

6.4.6	Oppsummering og drøfting	44
6.5	Mer kompetente pleiere?	45
6.5.1	”Selvtillit i arbeidet...”	45
6.5.2	”Bare for noen...?”	46
6.5.3	”Å dra lasset sammen...”	47
6.5.4	”For skolsk...?”	48
6.5.5	”Det praktiske...”	48
6.5.6	”Frafall”	49
6.5.7	Oppsummering og drøfting	49
6.6	Holdninger til eldre	50
6.6.1	Oppsummering og drøfting	51
6.7	Er kvaliteten bedre?	51
7	Helsepersonells kompetanse	53
7.1	Presentasjon av en kompetansemodell	55
7.2	Anbefalinger og konklusjon	56

Figurliste:

Figur 3-1	Oversikt over USP i Norge.....	14
Figur 3-2	Songdalen kommune i Vest-Agder fylke	15
Figur 3-3	Songdalstunet i Songdalen kommune, Vest-Agder.....	16
Figur 3-4	Livskvalitet?	19
Figur 4-1	Kjøkkentjeneste	22
Figur 5-1	Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som deltok på videreutdanning i eldreomsorg	26
Figur 5-2	Innholdet i studiet ”Rehabilitering i et kommunalt perspektiv	28
Figur 5-3	Berøring som lindrende og helsefremmende metode.....	32
Figur 5-4	Innhold i lederutviklingsprogrammet (Mentor Partner, 2003).....	36
Figur 5-5	En fra høgskolen og en fra kommunen i et aktivt samarbeidsprosjekt	37
Figur 5-6	Kompetansenettverket.....	38
Figur 6-1	Intervjuguide gruppeintervju.....	40
Figur 6-2	Elevene fra videreutdanningen svarer på spørreskjema	41
Figur 6-3	Egenvurdert kompetanse	43
Figur 6-4	Egenvurdert kompetanse innen kommunikasjon	43
Figur 6-5	De viktigste bidragene til bedret trivsel, livskvalitet funksjon og helse	44
Figur 6-6	Gjennomsnittsverdi og standardavvik (SD) på Kogans skala, pre og posttest.....	50
Figur 7-1	Kompetansemodell (Thygesen og Tønsberg, 2004)	56

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjema: ”Kompetanse og kompetansebehov”

Vedlegg 2: Spørreskjema: ”Attitude Toward Old People Scale”

Vedlegg 3: Grafisk framstilling: Tilfredshet med ulike arbeidsområder, pre- og posttest

Vedlegg 4: Grafisk framstilling: Behov for økt kompetanse, pre- og posttest

Vedlegg 5: Grafisk framstilling: Ønske om undervisning, pre- og posttest

1 Sammendrag

Tittel:

Bedre kvalitet gjennom økt kompetanse?

Problemstilling:

Bidrar satsing på kompetanseutvikling til bedre kvalitet på helse- og omsorgstjenestene i sykehjem?

Formål:

Formålet er å vurdere betydningen av kompetanseutvikling i regi av Undervisningssykehjemsprosjektet i Agder, samt å gjennomføre en evaluering og drøfting av primært en videreutdanning i eldreomsorg for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Bakgrunn:

Undervisningssykehjemmet i Agder ble etablert januar 2001. Den bærende ideen i Undervisningssykehjemmet er at kompetanseheving er et viktig bidrag til bedret kvalitet på helse-, omsorg-, og sosialtjenestene. Men hva er god kvalitet? Hva slags kompetanse må våre medarbeidere ha? Ved Undervisningssykehjemmet i Agder er det iverksatt både formelle videreutdanninger, fagutviklingstiltak (FoU-tiltak) samt generelle organisasjonsutviklingstiltak.

Metode:

Det er gjennomført en evaluering av en videreutdanning ved å bruke spørreskjemaer om egenvurdert kompetanse og spørsmål om holdninger til eldre (pre- og posttest). I tillegg er det foretatt et intervju med ledere av helse- og omsorgstjenestene i de samarbeidende kommuner i Vest- Agder.

Resultater:

Deltagerne i videreutdanningen gir uttrykk for at de har fått bedret sin kompetanse. Lederne opplever at personalet som har fullført videreutdanningen har fått en styrket personlig kompetanse. Deltagerne har fått større selvtillit både i forhold til egen virksomhet, men også i forhold til å formidle det de har lært til medarbeidere. På denne måten har gjennomføringen av videreutdanningen hatt en spredningseffekt i arbeidsmiljøet.

Konklusjon:

Evalueringen viser at kompetanseheving gjennom et tradisjonelt undervisningsopplegg har positive ringvirkninger både i forhold til den enkelte deltager samt for organisasjonen som sådan. Dersom vi skal kunne gi noen anbefalinger, har vi i en kompetansemodell presisert 3

områder for satsing: For det første må det satses på en kontinuerlig *faglig oppdatering* i forhold til de konkrete oppgavene helsearbeiderne til enhver tid møter. Videre må det legges til rette for en kontinuerlig refleksjon over *hvordan* omsorgen ytes. Til slutt må ansatte ha nødvendig kompetanse til å *leve med en etisk usikkerhet* knyttet til de dilemmaer som de alltid må forholde seg til i møte med pasienten. Dette skjer primært gjennom etisk refleksjon. Samtidig er det viktig å presisere at kompetanseheving består av mer enn tradisjonell undervisning. Derfor er det viktig å satse på flere tiltak enn den tradisjonelle undervisningen. Eksempler på slike tiltak kan være fagutviklingsprosjekter, temasamlinger, samtalegrupper, samt lederutvikling.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

Høsten 2001 søkte Songdalen kommune Kommunenes Sentralforbund (KS) om Utviklings- og dokumentasjonsmidler (UoD) til gjennomføring av prosjektet ”Bedre kvalitet gjennom økt kompetanse?”. Songdalstunet hadde da i samarbeid med Høgskolen i Agder (HIA) satt i gang en rekke kompetanseutviklingstiltak i regi av Undervisningssykehjemsprosjektet (USP), hvor det største var en videreutdanning i eldreomsorg for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Kommunen ønsket å se nærmere på betydningen av kompetanseutvikling for den enkelte ansatte og for hele organisasjonen som sådan. Undertegnede fra Høgskolen i Agder ble engasjert for å se på kompetanseheving i regi av Undervisningssykehjemsprosjektet samt å gjennomføre en evaluering og drøfting av primært videreutdanningen.

Etter en kort gjennomgang av sentrale begreper og verdier i eldreomsorg vil vi i den første delen av denne rapporten presentere noen av kompetanseutviklingstiltakene som er iverksatt i regi av Undervisningssykehjemmet.

Etter en omfattende satsing på kompetanseheving er det naturlig at kommunen stiller spørsmål om kompetanseheving virkelig bidrar til bedre kvalitet på omsorgstjenestene? Dette er spørsmål som drøftes i den andre delen av rapporten. Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant elevene hvor vi har sett på endringer i oppfatning av egen kompetanse samt endringer i deres holdninger til eldre. I tillegg har vi intervjuet enkelte sentrale ledere i noen av kommunene som har ansatte som har deltatt i videreutdanningen i eldreomsorg ved Undervisningssykehjemmet.

3 Sentrale begreper

3.1 Undervisningssykehjem

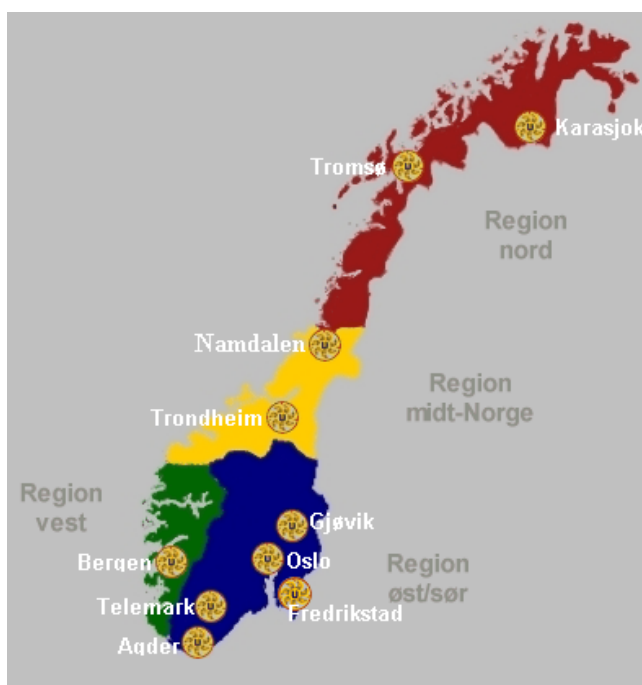
Undervisningssykehjem er et nasjonalt prosjekt som første gang ble konkretisert gjennom Nasjonalt Geriatriprogram i 1996. Det ble arbeidet med en nasjonal plan for etablering av undervisningssykehjem ved Universitetet i Oslo med initiativtaker professor Marit Kirkevold. Arbeidet pågikk i 1997 og 1998 med deltakelse fra en rekke fagmiljøer, i hovedsak lokalisert til de fire universitetsbyene. Hensikten var å prøve ut en formalisert samarbeidsmodell for systematisert kompetanseutvikling, fagutvikling og forskning i sykehjem i samarbeid med høyskole og universitet (Kirkevold og Kårikstad, 1999). Resultatet ble etablering av Undervisningssykehjemsprosjektet (USP) i 1999, i første omgang som et fireårig prosjekt. Prosjektperioden ble senere utvidet til å vare fram til og med 2003. Fra 2004 har helse- og sosialdirektoratet ansvaret for de nasjonale Undervisningssykehjemmene som er tilknyttet Universitetsbyene.

Opprinnelig begrenset ideen seg til et USP hjemmehørende i Oslo-området. USP utviklet seg imidlertid raskt til å bli et nasjonalt prosjekt med etablering i hver av de fire universitetsbyene, og allerede i forbindelse med oppstarten ble det også åpnet for etablering på andre steder med nærhet til høyskoler. Enkelte av spredningsprosjektene ble etablert som underprosjekter og fikk på den måten en del av den nasjonale prosjektbevilgningen gjennom hovedprosjektene. Imidlertid er det tre selvstendige prosjekter som ikke får nasjonal støtte. Det er Agder, Østfold og Telemark. I dag er det etablert 11 undervisningssykehjem i Norge, hvorav et i Agder. Ifølge Kirkevold og Kårikstad (1999) er idéen bak USP at et sykehjem skal velges ut som en kjerneinstitusjon, og hvor målet er å skape et ressurscenter for undervisning, fagutvikling og forskning gjennom å:

- ✚ bidra til å heve og sikre kvalitet og kompetanse relatert til eldre.
- ✚ løfte det geriatrike omsorgsarbeidet opp på et høyt faglig nivå som et bidrag til å heve omsorgsarbeidets faglige prestisje og bedre rekrutteringen.
- ✚ etablere et akademisk miljø i kommunene for å stimulere til økt interesse for fagutvikling og forskning med utgangspunkt i praktiske problemstillinger.

- ✚ øke kompetansen knyttet til eldreomsorg gjennom å utvikle gode praksismiljøer for helsefaglige studenter og elever både i høyskole og videregående skole.
- ✚ utvikle et internasjonalt samarbeid.

Grunnen til at nettopp kommunale omsorgstjenester er valgt, er at tjenestene sliter med rekruttering og har problemer med å drive systematisk undervisning og fagutvikling. Vi ser at omsorgstjenestene har en relativt stor andel av ufaglært arbeidskraft og at fagpersonalet bare i liten grad har spesialkunnskaper om funksjonshemmede og Eldres tilstand og behov. Mange anser ikke eldreomsorgen som en interessant arbeidsplass og karrierefelt. Det skyldes delvis den lave prestisjen det gir å jobbe med eldre og at arbeidsforholdene i omsorgstjenestene gir få muligheter for personlig og faglig utvikling. Hensikten med etableringen av Undervisningssykehjemmene er å utvikle former for samarbeid som sikrer kontinuerlig formidling og integrering av ny kunnskap i sykehjemmenes daglige praksis.

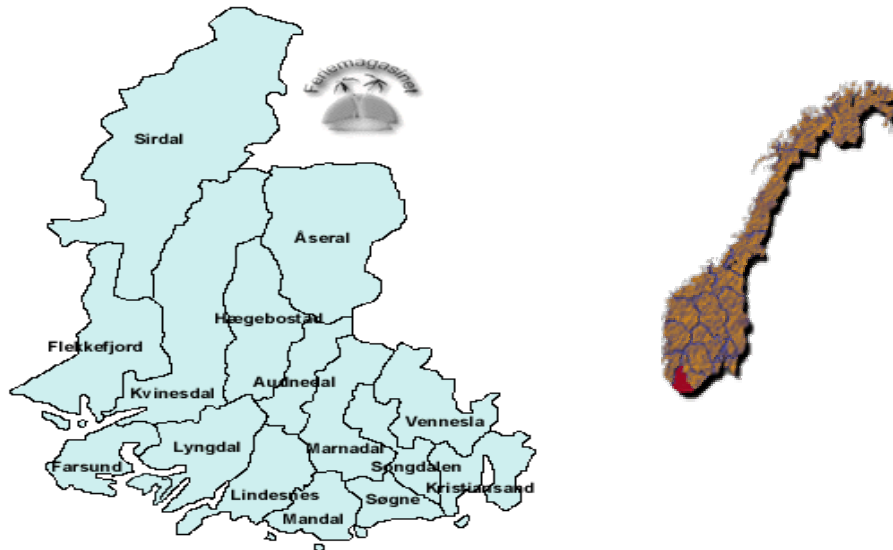


Figur 3-1 Oversikt over USP i Norge

3.2 Undervisningssykehjem i Agder

Høsten 2000 ble det med utgangspunkt i Høgskolen i Agder (HIA), fakultet for helse- og idrettsfag, satt i gang utredning i forhold til muligheter for å etablere et Undervisningssykehjem i Agder. Representanter fra flere sykehjem i Kristiansand og omegn ble innkalt til informasjonsmøte hvor de ble oppfordret til å søke om å få status som Undervisningssykehjem. Fem sykehjem leverte søknad. I januar 2001 ble Songdalstunet i Songdalen kommune utnevnt til Undervisningssykehjem i Agder. Det ble begynnelsen på et samarbeid mellom Songdalen kommune, Høgskolen i Agder og Universitetet i Oslo.

Undervisningssykehjemsbegrepet dekker i denne kommunen både institusjonshelsetjenesten og hjemmetjenestene.



Figur 3-2 Songdalen kommune i Vest-Agder fylke

Songdalen kommune i underkant av 5600 innbyggere, og ligger vest for Kristiansand i Vest-Agder fylke. Mesteparten av aktivitetene innen helse-, sosial- og omsorgstjenestene (HSO) er lokalisert til Songdalstunet som ligger sentralt i kommunen.



Figur 3-3 Songdalstunet i Songdalen kommune, Vest-Agder

Undervisningssykehjemmet i Agder har ikke statlig støtte på samme måte som de opprinnelige prosjektene i de fire universitetsbyene. I forbindelse med oppstarten ble det foretatt en kartleggingsundersøkelse i forhold til kompetanse og kompetansebehov hos ansatte (Tønsberg, Fegran og Thygesen, 2002). I tillegg ble det brukt tid til etablering av en formell organisasjonsstruktur med styringsgruppe og prosjektledergruppe.

En annen viktig oppgave i oppstartsfasen var å etablere gode nettverk, både med tanke på finansiering og faglig samarbeid. Undervisningssykehjemmet har derfor knyttet til seg en rekke lokale samarbeidspartnere. Det viktigste samarbeidet skjer gjennom "Opplæringsring Sør" som er et nettverk bestående av de mindre kommunene i Vest-Agder. Foruten Songdalen kommune er kommunene Vennesla, Søgne, Mandal, Marnardal, Lindesnes og Sør-Audnedal med. Nettverket startet i 1997 som et samarbeid mellom enkelte av kommunene hvor fokus var opplæring av lærlinger i ulike fag. På bakgrunn av at Songdalstunet ble et Undervisningssykehjem, har flere kommuner blitt innlemmet og satsningsområdene blitt utvidet. Kommunene er forpliktet til å følge opp statlige føringer gjennom blant annet St meld. 28 og 31 samt "Handlingsplan for helse- og sosialpersonell" (Rett person på rett plass, rapport nr 3, 2002-2004), og ønsket er å samarbeide om å finne nye, effektive læringsmodeller for å tilby nødvendig kompetanse til ansatte. Målet har vært å etablere et fast og kontinuerlig kompetanseprogram gjennom etableringen av et "Kompetansenettverk" (se kap.4.4).

3.3 Kompetanse og kompetanseutvikling

Det er i dag utstrakt enighet om at kompetanse i en eller annen form er viktig for å møte samfunnets stadig mer komplekse behov. Det dreier seg om både demografiske utfordringer, økonomisk og teknisk utvikling, økende utdanningsnivå og større grad av heterogenitet i samfunnet. Denne økende kompleksiteten gjør seg også gjeldende innen helse- og omsorgssektoren, og det er på denne bakgrunn vi bygger på Kompetanseberetningen (2003) når vi definerer kompetanse som ”evne til å møte komplekse krav, situasjoner og utfordringer”. Kompetanseberetningen 2003 er et nasjonalt kompetanseregnskap, initiert av utdannings- og forskningsdepartementet, som skal gi informasjon om landets kompetansebeholdning samt utviklings- og vekstpotensial. I Kompetanseberetningen blir det fremhevet at de komplekse utfordringene vi står overfor i dag, ikke bare krever spesialisert kunnskap, men det forutsettes også at vi har evne til å mobilisere kunnskap, holdninger og ferdigheter tilpasset mange ulike situasjoner. Det er derfor viktig å se på anvendelse, utnyttelse og videreutvikling av kunnskapsressurser og ikke bare beskrive og tallfeste beholdningen av dem. Kompetanseberetningen går faktisk så langt som å si følgende: *”Forskjellen på å lykkes og mislykkes vil ligge i evnen til å utnytte muligheter og krav, fra dag til dag”*. Et sentralt poeng i beretningen er at læring, kunnskap og kompetanse inngår i en sosiokulturell sammenheng. Det vil si at læring og kompetanse er knyttet til handling og samhandling i ulike fellesskap og kollektiv. Vi kan for øvrig snakke om både en individuell og en kollektiv kompetanse. Derfor avhenger læring både av den enkeltes kunnskaper, holdninger og ferdigheter, men også av hvor læringsstøttende omgivelsene er, både i form av menneskelige, økonomiske og fysiske ressurser. I denne sammenhengen kan det være aktuelt å trekke inn begrepet ”lærende organisasjoner” som er blitt en del brukt i de senere årene. Peter Senge (1999) skriver:

”Det er en illusjon å tro at verden består av atskilte og usammenhengende krefter. Når vi gir slipp på denne illusjonen kan vi bygge ”lærende organisasjoner”, organisasjoner der mennesker videreutvikler sine evner til å skape de resultater de egentlig ønsker, der nye og ekspansive tenkemåter blir oppmuntret, der kollektive ambisjoner får fritt utløp og der mennesker blir flinkere til å lære i fellesskap”. (Senge, P. 1999, s.9: Den femte disiplin: kunsten å utvikle den lærende organisasjon).

Et annet viktig poeng hos Senge er at de organisasjoner som oppdager hvordan de skal vekke til live menneskers motivasjon og fremme deres evne til å lære på alle nivå, er de som vil lykkes.

I forbindelse med Kompetansereformen (St. meld. 42, 1997-98) ble begrepet ”livslang læring” satt på dagsorden. Livslang læring favner både læring i dagliglivet, såkalt uformell

læring, i tillegg til læringen som finner sted i mer formelle fora. Kompetansereformen består av tiltak som er rettet mot å gi lettere adgang til utdanning og organisert læring for voksne (gjennom realkompetanse). I tillegg har et sentralt siktemål med reformen vært å stimulere til verdsetting av den uformelle kompetansen i utdanning og arbeidsliv blant annet ved utvikling av arbeidsplassen som læringsarena. Tenkningen bak Kompetanseberetningen bygger videre på denne reformen, men vektlegger den uformelle læringen som skjer både i og utenfor arbeidslivet i enda større grad. Læring skjer ofte ”av seg selv”. Men det å ha et bevisst forhold til også den uformelle læringen, vil bidra til at den øker i omfang, at den blir kvalitativt bedre og at den gir merverdi for både hver enkelt og for hele virksomheten, både i form av bedre tjenester og i form av økt kompetanse.

På Songdalstunet har det med utgangspunkt i dette synet på kompetanse og kompetanseutvikling, vært viktig å drive kompetanseutvikling på flere nivå i organisasjonen samtidig. I tillegg til formelle utdanningsprogrammer som videreutdanninger og foprosjekter, har det parallelt vært satset på organisasjonsutviklingstiltak som blant annet inkluderer et eget lederutviklingsprogram.

3.4 Kvalitet

Det er vanskelig å komme frem til en felles definisjon av begrepet kvalitet. Tenkningen omkring kvalitet har i de senere årene endret seg fra et instrumentelt syn hvor kvalitet ble målt i forhold til faglige krav, lover, regler og forskrifter, til et perspektiv hvor fokus i større grad er rettet mot brukerens opplevelse. Stortingsmelding 31 (2001-2002) beskriver kvalitet som knyttet til individuelle og subjektive oppfatninger:

”Kvalitet er relativt, både historisk og kulturelt. Vi vil alle ha ulike krav til og oppleve kvalitet ulikt. Dette vil være avhengig av erfaringer, vaner, livsstil, mv. Oppfatning av god livskvalitet vil derfor variere fra person til person” (St meld 31, s 38).

Kvalitetsmåling og kvalitetsforbedring har dermed fått en ny og mer komplisert dimensjon hvor det må legges større vekt på opplevelser, oppfatninger og valgfrihet både i forhold til brukerne og deres pårørende. I dette ligger det at det må være en selvfølge at brukeren blir møtt med respekt og at respekten omfatter hvordan den enkelte ønsker å leve sitt liv. For å få til dette er det viktig med tilstrekkelig ressurser, men kvaliteten er også avhengig av motivasjon, kunnskaper og holdninger hos pleie- og omsorgspersonell.

Sosial- og helsedepartementet har på denne bakgrunn utarbeidet retningslinjer for kvaliteten på omsorgstjenestene:

”Pleie- og omsorgstjenestene må i størst mulig grad ivareta brukernes grunnleggende behov, og dermed bidra til å gi den enkelte et best mulig liv. Alle kvalitetssikringstiltak må være rettet inn mot at grunnleggende behov ivaretas på en tilfredsstillende måte” (Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten: Rundskriv I-13/97, s. 5).



Figur 3-4 Livskvalitet?

4 Hva er god eldreomsorg?

Den bærende ideen i Undervisningssykehjemmet er at kompetanseheving er et viktig bidrag til bedret kvalitet på helse-, omsorg-, og sosialtjenestene. Men er det virkelig slik? For å kunne svare, må vi ha en formening om hva som er god kvalitet. Hva er god eldreomsorg? Hva slags kompetanse må våre medarbeidere ha?

4.1 Kjerneverdier i eldreomsorgen

Verdier er vurderinger av hva som er det gode. Vi kan således si at verdier er forestillinger om hva vi ønsker oss. Verdier handler derfor mer om *opplevelser* av egenskapene ved et fenomen, enn om entydige egenskaper. Gjennom Stortingsmelding 26 "Om verdier for den norske helsetjenesta" (1999-2000) gis det retningslinjer for hva som er de sentrale verdier for helsetjenesten i Norge. Det er de allmenne menneskerettighetsprinsipper som er fastsatt gjennom internasjonale konvensjoner som danner utgangspunktet for fastsettingen av disse verdiene. Helt sentralt her er vern av selvråderetten. Utgangspunktet er at mennesket er ukrenkelig og har kompetanse til å gjøre egne valg. Andre sentrale verdier er at pasienten skal kunne ha tiltro til å få nødvendige helsetjenester som er best mulig tilpasset den enkeltes særskilte situasjon. Tilbudet skal være forutsigbart og det skal også i størst mulig grad være rettfærdig fordelt. Det vil være de samme verdiene som vil være styrende for eldreomsorgen. Sentrale begrep vil på denne bakgrunn være: brukermedvirkning, myndiggjøring/ansvarliggjøring, respekt, helhet, sammenheng, trygghet og rettfærdighet. Vi vet at eldre ofte har et sammensatt og komplekst sykdomsbilde. Den gamle må derfor være trygg på å få møte et faglig kvalifisert personale som kan gi nødvendig medisinsk behandling. I tillegg vet vi med utgangspunkt i de nevnte verdiene, hvor særlig integritet og autonomi er sentralt, at helsepersonell må legge avgjørende vekt på brukernes egne synspunkter og valg. Hver enkelt bruker har unike erfaringer som helsetjenesten trenger for å gi adekvat hjelp. Individuelle planer kan være et viktig verktøy for realisering av disse verdiene (Lorentsen, 2003). Målene i planene må da uttrykke hva den enkelte tjenestemottaker selv ser som spesielt viktig for opplevelse av livskvalitet og mening, samtidig som de må være innenfor de eksisterende rammer i samfunnet.

4.2 Hva sier de gamle selv?

Ovenfor har vi sett på det som er definert som sentrale verdier i samfunnet. Men hva sier de gamle selv? I en studie foretatt ved Regionssykehuset i Trondheim (Opdahl Moe & Opdahl Moe, 1999) gir eldre uttrykk for at de stort sett opplever tilværelsen som bra. Likevel var det flere som uttrykte at de strevde med å klare hverdagen. Studien viser at mye av menneskeverdet er knyttet til det å klare seg selv. Blant annet betyr det mye å være selvhjulpen i det mest personlige stellet. Mange var opptatt av å ikke være til bry for andre. Flere forteller de at de ofte savner noen å prate med. Samtidig var det viktig å kunne minnes gamle dager fordi det ga en bekreftelse på tidligere erfaringer som betydningsfulle. Opplevelsen av å bli gammel knyttes også til utseendet. Svarene illustrerte den avstanden som mange føler mellom det de ser i speilet og den de føler seg som ”inni”. Det oppleves som vanskelig at andre ser på dem som ”gamle” når de selv opplever å ha ”unge” tanker og meninger. Det er derfor spesielt viktig å få stelt seg og å være velkledd.



Figur 4-1 Kjøkkentjeneste

Men hvordan virker det på et menneske å være avhengig av hjelp fra andre i det daglige til personlige gjøremål? Studien viser at de eldre godtar hjelpetjenesten som en nødvendighet selv om de helst vil greie seg selv. Men mange opplever det som belastende at det stadig kommer nye mennesker inn i hjemmet deres. De synes at hjelperne er veldig unge, og at de er veldig raske med å gjøre seg ferdig. Derfor blir det vanskelig å bli godt kjent med dem.

Disse funnene kan formuleres i følgende verdier: å være selvhjulpen, å ha integritet og å ha et sosialt nettverk. Når det gjelder forholdet til hjelpetjenestene vil følgende verdier være

sentrale: forutsigbarhet, tid og personlig kontakt. Funnene fra Trondheimsundersøkelsen samsvarer godt med funn fra en større undersøkelse gjennomført i Agder (Nilsen, 2001) hvor hjemmeboende, hjelpetrengende eldre ble spurt om hvilke verdier de anså som mest sentrale. I denne studien blir spenningen mellom verdier knyttet til selvstendighet (klare seg selv, å ha en positiv holdning, pågangsmot og aktivitet) og verdier knyttet til avhengighet (fellesskap, å bry seg om hverandre) veldig tydelig.

4.3 En etisk forsvarlig praksis

Omsorgstjenestene i kommunene er i stadig utvikling, blant annet skjer det en stadig utvidelse av ansvarsområder hvor oppgavene er betydelig mer komplekse enn tidligere. Pasienter skrives tidligere ut fra sykehus og flere ønsker å få behandling og pleie i sine hjem framfor på institusjon. Det er derfor nødvendig at personalet i kommunene har høye faglige kvalifikasjoner. Det er også en kjensgjerning at legetilbudet i kommunene er begrenset. Derfor hviler det et stort ansvar på de andre faggruppene både i forhold til observasjon av mulige endringer i helsetilstand, til å vurdere effekt av ulike behandlingstiltak og til å drive aktiv behandling og rehabilitering. Til dette kreves det et bredt spekter av fagkunnskap og en utstrakt evne og vilje til tverrfaglig samarbeid.

Sykepleieteoretikeren og filosofen Kari Martinsen bruker begrepet "faglig skjønn" for å beskrive helsearbeiderens kompetanse (1993). Faglig skjønn deles inn i to komponenter. Den første innebærer det hun kaller "*å forstå pasienten og å handle godt for og sammen med ham*". Viktige komponenter vil her være å kunne vurdere pasientens situasjon og å kunne tilby nødvendig pleie og behandling. Den andre komponenten er "*å ut fra en faglig åpenhet å se appellen om livsmot i den andres lidelse*". Stikkord i denne sammenheng vil være å ha dialog og vise respekt for pasientens selvbestemmelse. Med utgangspunkt i Martinsen kan vi si at inkludert i en etisk forsvarlig praksis ligger det både et krav til faglig forsvarlig behandling og et krav om god omsorg.

I følge I.amanuensis Per Nortvedt ved seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, viser det seg at flertallet av klager på helsepersonell ikke handler om manglende behandling, men om respektløshet, dårlig tid, mangel på informasjon og folkeskikk (Nordtvedt, 2001). Profesjonell helsefaglig omsorg dreier seg således ikke bare om hva man gjør, men også om hvordan man oppfører seg: "*Da er det ikke bare hva man sier, men talens tone; ikke bare hva man ser, men hva blikket uttrykker; ikke bare hva hånden gjør, men hvordan som er viktig*". Nordtvedt sier videre at: "*bærende omsorgsverdier innebærer å anerkjenne den*

hjelpetrequendes sårbarhet. Det er å ta utgangspunkt i den omsorgstrengendes opplevde situasjon, for der igjennom å ivareta den omsorgstrengendes integritet og verdighet". Det er altså ikke nok å være faglig kyndig, men man må ha kjærlighet til mennesket. En god helsetjeneste forutsetter altså profesjonelle hjelpere som er genuint opptatt av menneskers ve og vel.

Professor Trygve Bergem ved Norsk Lærerakademi, er opptatt av handlingsaspektet ved holdninger (1994). Han definerer yrkesetiske holdninger som sammensatte handlingsdisposisjoner som aktiveres i møte med konkrete utfordringer. Det kan være nyttig å skjelle mellom en etikk som ikke er noe annet enn meninger og en etikk som integrert i personligheten (Ivar Asheim, 1997).

4.3.1 Skal vi følge hodet eller hjertet?

En etisk forsvarlig praksis handler også om å ta de rette beslutninger i gitte situasjoner. Et etisk dilemma oppstår dersom to eller flere moralske krav står mot hverandre i en og samme situasjon. Som helsearbeidere opplever vi ofte å stå i slike etiske dilemmaer. Yrkesetikk skiller seg på mange måter fra den generelle etikken ved at løsninger på konkrete situasjonsbestemte etiske utfordringer ikke uten videre kan utledes fra normative kriterier for hva som er rett og galt, men krever ofte spontan og direkte handling: Det vil si at de forutsetter en "handlingsberedskap". Derfor er det viktig at de etiske dimensjoner ved yrkesutøvelsen har en sentral plass i omsorgsutøverens bevissthet: Kjennskap til ulike etiske prinsipper og forholdet mellom dem utgjør en del av en slik handlingsberedskap. I helsevesenet har vi tradisjon for at pliktetikken råder mye av grunnen. I tillegg til å sikre fundamentale menneskerettigheter skaper pliktetikken sosial orden og trygghet ved at vi vet hva som ventes av oss (Kuven, 2000). Men på den annen side stiller pliktetikken oss overfor en rekke spørsmål: Er det mulig å se bort fra en handlings konsekvens? Kan regler formuleres uten unntak? Ofte vil vi på ulike måter oppleve at sentrale verdier kommer i konflikt med hverandre. Blant annet er det et genuint politisk-etisk dilemma å ta vare på helt nødvendige kvaliteter i individuell omsorg, samtidig som vi er forpliktet til å fordele terapeutiske tilbud til flest mulig uten å sprengte budsjetttrammene.

5 Status Undervisningssykehjem

Ideen bak en etablering av Undervisningssykehjem er å skape et ressursentra for undervisning, fagutvikling og forskning. På Songdalstunet har dette vært gjort gjennom satsning på flere plan; både ved formell kompetanseheving, ved fagutviklingsprosjekter, organisasjonsutvikling generelt samt lederutvikling. Stikkord i denne sammenheng er ”arbeidsplassen som læringsarena” og utvikling av en ”lærende organisasjon”. Det har vært et sentralt poeng at de ulike virksomhetene primært skal foregå på arbeidsplassen. I tillegg har det vært viktig å trekke inn arbeidsplassens egne ressurspersoner der hvor det er mulig. Blant annet har flere ansatte i kommunen deltatt i undervisning og veiledning. Underveis har det også pågått en gradvis oppbygging av et interkommunalt nettverk. Flere av kompetansehevingstiltakene har derfor vært tilbudt kommunene i Opplæringsring-Sør. Den endelige etableringen av et interkommunalt kompetansenettverk betyr en formalisering av samarbeidet, samt en sikring av kontinuitet i det arbeidet som har pågått i flere år.

5.1 Formell kompetanseutvikling

Undervisningssykehjemmet har gjennomført en videreutdanning innen eldreomsorg for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere og er nå i gang med en videreutdanning i kommunal rehabilitering for ansatte med høgskoleutdanning. I løpet av høsten 2004 er det også igangsatt et nytt tilbud om etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVK, se kap 4.1.3).

Hovedmålet med å tilby slike videreutdanninger er å få en kvalitativt bedre omsorgstjeneste ved å styrke personalets kompetanse gjennom refleksjon over teoretisk, etisk og praktisk kunnskap. Her får ansatte en mulighet for faglig fordypning og bevisstgjøring. Det skal også bidra til å stimulere de ansatte, heve selvbildet deres og gi dem mer styrke slik at de får lyst til å jobbe og yte en bedre service til brukerne. Videre ønskes det at utdanningene skal bidra til faglig kvalifisering og dermed inngå i den ansattes karriereutvikling. Til slutt ønskes det at et slikt tilbud skal være et bidrag til å gjøre sykehjemmet til en attraktiv arbeidsplass hvor de ansatte føler seg betydningsfulle.

5.1.1 Videreutdanning i eldreomsorg

Videreutdanningen er et tilbud for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, som ble igangsatt i november 2001 og avsluttet i juni 2003. Utdanningen ble organisert som et deltidsstudium over 3 semestre hvor det har vært gjennomført ukentlige samlinger med forelesninger og gruppearbeid. Samlingene har foregått fra kl 1300 til 1700 i kommunestyresalen som ligger i nær tilknytning til Songdalstunet. Det var ingen studieavgift.

Undervisningen har vært basert på fagplaner fra videregående opplæring, men med vektlegging på fagområder hvor ansatte gav uttrykk for behov for kompetanseheving. De lokale undervisningsbehovene ble dokumentert gjennom en egen kartleggingsundersøkelse (Tønsberg, Fegran og Thygesen, 2002). Hovedfunnene i kartleggingen var at ansatte med pleie- og omsorgsoppgaver synes de har tilstrekkelig kompetanse innenfor fagområder som dreier seg om grunnleggende fysiske behov. Innen de psykososiale fagområdene uttrykte de derimot at de hadde behov for økt kunnskap, blant annet i forhold til psykiske problemer hos eldre, verdig livsavslutning og trivsel/livskvalitet hos beboerne. I kartleggingen kom det også fram at det var behov for økt kompetanse innen etikk (etiske prinsipper, ivaretagelse av beboernes rettigheter og om informasjonsplikt).



Figur 5-1 Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som deltok på videreutdanning i eldreomsorg

Undervisningen ble delt opp i 6 moduler, hvorav 4 var teori: I en del temaer var det ansatte ved institusjonen som underviste (sykepleiere, fysioterapeut, lege, kjøkkensjef). Utover det ble det leid inn forelesere utenfra (primært fra HiA). De to neste modulene var praksis, hvorav den ene var en kort observasjonspraksis. Praksis ble organisert ved at elevene byttet

arbeidsplass, enten mellom kommuner eller mellom ulike avdelinger ved den enkelte institusjonen. Elevene skulle i tillegg levere et større skriftlig arbeid det siste semesteret.

Gjennomføringsmodell:

MODUL	Antall uker	Undervisning	Pålagte selvstudier
Teorimodul 1: <i>Grunnleggende teorier og begreper i pleie- og omsorgsarbeid</i>	13 uker	44 timer	20 timer
Teorimodul 2: <i>Generell psykologi og sosiologi</i>	9 uker	24 timer	30 timer
Praksismodul 1:	4 uker	70 timer	10 timer
Teorimodul 3: <i>Aldringsprosessen og sykdom hos eldre</i>	11 uker	46 timer	20 timer
Teorimodul 4: <i>Eldreomsorg og sykepleie til eldre mennesker</i>	10 uker	40 timer	20 timer
Teorimodul 5: <i>Rehabilitering</i>	9 uker	36 timer	20 timer
Praksismodul 2	10 uker	175 timer	25 timer
Teorimodul 6: <i>Selvvalgt fordypningstema med relevans for videreutdanningen</i>	6 uker	6 timer veiledning	54 timer
TOTALT	72 uker	441 timer	199 timer

Videreutdanningens varighet = 640 timer normert tid

Det er denne videreutdanningen som danner utgangspunkt for evalueringsstudien som presenteres i kapittel 5.

5.1.2 Videreutdanning i tverrfaglig rehabilitering

I utgangspunktet var det et ønske om å tilby en videreutdanning i rehabilitering av eldre for høgskoleutdannede. Etter nøye vurdering kom kommunene fram til at de ønsket en videreutdanning med bredere nedslagsfelt enn eldreomsorg. Resultatet ble studiet ”Rehabilitering i et kommunalt perspektiv”, et studium med et omfang på 30 studiepoeng (Tønsberg og Gabrielsen, 2003). Videreutdanningen ble igangsatt høsten 2003 med 22 studenter (2 sluttet etter kort tid). Studiet er organisert som et deltidsstudium over ca 2 år og avsluttes i desember 2004. Dette tilsvarer 15 studiepoeng per år (5 vekttall). Det er samlinger hver andre uke med forelesning og gruppearbeid/selvstudium/reflekterende team tilsvarende ca. 6 timer. Samlingene foregår på dagtid enten i Songdalen kommune eller på HiA.

Studiet baserer seg på en fleksibel undervisningsform og bygger på en pedagogisk tenkning som vektlegger ansvar for egen læring gjennom stor grad av egenaktivitet og interaktivitet. Blant annet brukes reflekterende team som en undervisningsmetode for å trene på og utvikle kommunikasjonsferdigheter. Deltakelse i reflekterende team er obligatorisk.

Modul 1:	Modul 2:
Faglig og vitenskapelig grunnlag Grunnlagsbegreper Brukerperspektiv og brukermidvirkning Kommunikasjon og samhandling Helsebegrepet Etikk og juss Det offentlige tjenesteapparat Rehabiliteringsprosessen Individuell plan	Rehabilitering i et livsløpsperspektiv: Barn og unge Eldre Brukere med psykiske lidelser Brukere med rusproblemer Brukere med store (hode)- skader etter akutt sykdom eller ulykke Brukere som representerer tverrkulturelle utfordringer Forskning og utvikling

Figur 5-2 Innholdet i studiet "Rehabilitering i et kommunalt perspektiv"

Det er foretatt en midtveiseevaluering av studiet. Områder som er evaluert er: undervisning/pedagogisk opplegg, faglig innhold, arbeidsmengde og tilgjengelighet, informasjon og infrastruktur samt egen arbeidsinnsats. Evalueringen viser at studentene på en skala fra 1 til 7 er gjennomsnittlig fornøyd; med poengskår 5,3. Det studentene er minst fornøyd med er administrativ støtte som blant annet innebærer registrering, semesteravgift og lignende. Det studentene er mest fornøyd med er at de ansvarlige for studiet er lett tilgjengelige og med undervisningen og pedagogiske opplegget (Tønsberg og Gabrielsen, 2004).

5.1.3 Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVK)

Høsten 2004 har det blitt satt i gang et nytt etter- og videreutdanningstilbud for helsepersonell innen eldreomsorg og psykisk helsearbeid. Dette er et videreutdanningsprosjekt som bygger på læreplaner innen eldreomsorg og psykisk helsearbeid og gjennomføres i samarbeid med kommunene i Opplæringsring-Sør, og med støtte fra Fylkesmannen i Vest-Agder. På bakgrunn av erfaringer fra den første videreutdanningen som ble avsluttet i 2003 (se kap 5.0), har det vært ønskelig å prøve ut en annen organisering. Det tilbys undervisning i fem temaer på høsten samt fem temaer på våren. Hver deltager må selv ha ansvar for å dokumentere tilstedeværelsen, slik at dette vil kunne være en del av en personlig kompetanseplan som vedkommende kan bruke til for eksempel lønnsforhandlinger. Et vesentlig aspekt ved opplegget, er at det også stilles krav om obligatorisk deltagelse i refleksjonsgruppe med egen veileder; 6 gruppesamlinger i halvåret.

5.2 Fagutvikling

Høgskolen i Agder har bidratt med forsknings- og utviklingstid (FoU-tid) helt fra starten i 2001. Dette har ført til at flere høskolelektorer har prosjektarbeid knyttet til Undervisningssykehjemmet. Det er også igangsatt flere prosjekter internt på sykehjemmet. I tillegg blir det årlig avsatt såkalte ”frie midler”. Målet er å stimulere ansatte til å sette i gang med prosjektarbeid. Midlene er lyst ut internt ved Songdalstunet. Ansatte må levere en kort projektskisse hvor det gjøres rede for prosjektets mål, metode, fremdrift og finansiering. I denne rapporten presenterer vi enkelte av de større fagutviklingsprosjektene.

5.2.1 Berøring som lindrende og helsefremmende metode

To høskolelektorer ved Høgskolen i Agder ønsket å gjennomføre et ”berøringsprosjekt” ved Songdalstunet. Formålet var todelt: Det første var å øke ansattes kompetanse i bruk av terapeutisk berøring. Det andre var å tilby brukere berøring for å fremme helse og lindre lidelse. Følgende beskrivelse av prosjektet bygger på en evaluering foretatt i 2003 (Sønning, 2004). Bakgrunnen for å sette i gang med et slikt prosjekt er studier som viser at ulike former for terapeutisk berøring har positiv innvirkning på helsa. Likevel viser det seg at helsearbeidere har generelt lite kunnskap om både effekt og bruk av berøring i sitt daglige arbeid. Prosjektet har vært gjennomført over 1 år hvor 6 helsearbeidere ble opplært i bruk av berøringsmassasje. Det var en vernepleier, fire hjelpepleiere og en omsorgsarbeider som deltok.

Det første halvåret ble brukt til teoriundervisning, demonstrasjon og veiledning i praktiske teknikker samt til refleksjon. Opplæring i terapeutisk berøring kan utfordre flere sider hos deltagerne. Derfor var en del av opplegget slik at de ansatte skulle øve på hverandre før de tilbød berøring til sine pasienter. Det ble også satt av tid til refleksjon og samtale om opplevelsene.

I andre halvdel av året var fokus anvendelse av berøring på utvalgte brukere. I denne perioden ble det også foretatt en individuell samtale med hver deltager, samt satt av tid til refleksjon i veiledningsgruppa hver 14. dag. Deltagerne førte også loggbøker. Til sammen 10 brukere fikk tilbud om berøring (demente og psykisk utviklingshemmede). Et mindre antall ble fulgt jevnlig opp over hele perioden, de resterende over noe varierende tidsrom. Prosjektet ble avsluttet med individuelle evalueringsintervju.

De følgende kommentarer fra deltakerne kan knyttes til tre hovedområder: deltakernes personlige- og faglige utvikling, brukernes opplevelser av berøring og tilslutt holdninger hos pårørende og i arbeidsmiljøet generelt.

Uttalelser fra deltagerne viser at prosjektet har bidratt til personlig utvikling på ulike måter. Blant annet gir de uttrykk for at det å bli berørt av kolleger har gitt dem større akseptasjon og trygghet i forhold til egen kropp. Det å bryte noen grenser har gjort at de kommer nærmere seg selv og sine medarbeidere:

"Det var litt vanskelig i begynnelsen ... men nå tenker jeg mer som så at ingen er lytefrie... Vi aksepterer mer at ok, slik er vi – vi aksepterer oss selv. Vi trenger ikke være så perfekte i alle sammenhenger".

Deltakerne gir entydig positiv tilbakemelding på at prosjektet også har vært et bidrag til faglig utvikling:

"Jeg har alltid ønsket å gi et godt stell, men jeg velger å tro at dette har gjort meg enda mer bevisst... Jeg tror at min bevisstgjøring medfører at jeg bruker elementer fra denne metoden i alle de små situasjonene i løpet av dagen".

Prosjektet medførte at deltakerne ble aktive i sin egen faglige utvikling og noen søkte blant annet selv etter mer litteratur om både massasje og aromaterapi. Flere ga også uttrykk for ønske om å lære mer.

De brukerne (pasienter) som ble valgt ut til å delta i prosjektet var ingen homogen gruppe. Noen kunne melde fra om sine behov verbalt, andre kun gjennom nonverbale uttrykksformer. Deltakerne presiserer at prosjektets varighet har vært kort og at det derfor kan være vanskelig å si noe om varige endringer. Likevel gir uttalelser fra deltakerne et samstemt inntrykk av at berøringen gir synlige, positive resultater både i form av redusert uro og redusert medikamentbruk:

"Jeg opplever at de kan bli roligere. Her er det mange som har angst, hjemlengsel, uro og kanskje lengter etter noe som ikke er lenger. Jeg tror at dette kan roe dem ned".

Flere av deltakerne nevnte kombinasjonen ro, avslapning og søvn. Videre opplevde de at brukerne ga uttrykk for velvære, noen verbalt andre nonverbalt:

"Jeg brukte metoden berøring og ga ho massasje på ryggen. Ho kommuniserte litt og kunne verbalt gi uttrykk for om det var godt eller ikke. Ho sa: "Å så godt". Det sa ho flere ganger".

De fleste pårørende ga positiv tilbakemelding på at deres nærmeste fikk tilbud om berøring, selv om noen få var litt skeptiske i begynnelsen:

”. De var redd for at det skulle vekke følelser hos beboeren... Denne reaksjonen fikk oss til å være ekstra bevisst på hvordan opptre... Da pårørende fikk informasjon om hvordan – og hvorfor, så syntes de det var veldig greit”.

Deltakerne ga uttrykk for noe forskjellige tilbakemeldinger fra kollegaer. Prosjektet ble stort sett godt mottatt, men enkelte negative reaksjoner kom også: *”Skal dere nå til med den smeiginga igjen?”*. Deltakerne opplevde disse negative reaksjonene som sårende. Det var nok ikke selve berøringen som var gjenstand for kritikk, men det handlet mer om det å bruke tid til å delta i prosjektet og en opplevelse av at dette gikk ut over de som ble igjen på avdelingen. Også her påpekes betydningen av informasjon:

”Dersom vi ikke hadde satt det på dagsplanen, ville det aldri ha fungert hos oss. Vi fikk synliggjort det og de andre fikk rede på hva vi holdt på med... Nå synes de det virker spennende og kunne tenke seg å være med. Vi kom styrket ut av det som personalgruppe”.

En av deltakerne beskriver hvordan dette kan prege hele arbeidsfellesskapet som sådan:

”Det har gjort oss mer bevisst på dette med berøring – hele gruppa er blitt mer bevisst på det. Vi har lært de andre teknikkene som vi bruker på hendene. Samtlige er nå flinkere til å massere hender og skuldre for å berolige beboerne og dermed få mindre utagering. Vi har sett at det fungerer”.

Alle deltakerne har påpekt ledelsens rolle i gjennomføringen av et slikt prosjekt. Lederen har en viktig rolle både i forhold til å gi støtte til deltakerne, å legge forholdene til rette på avdelingen slik at det er lett å komme fra, samt i å informere andre ansatte om prosjektet: *”Dersom vi forklarte det, så ble det liksom ikke akseptert. Dersom det ikke kommer fra høyere hold, så oppleves det som om vi tar oss til rette”*. I noen tilfeller opplevde de ansatte at ledelsens informasjon ikke var god nok, at de selv måtte forsvare seg mot negative kommentarer fra andre ansatte i miljøet. Dette skapte unødig frustrasjon. Flere av deltakerne ga uttrykk for ønske om oppfølging og videre utvikling i form av flere kurs. I tillegg ønsket de et eget rom tilrettelagt spesielt for berøring, slik at det kunne være mulig å ta pasienter bort fra avdelingen. Dette er gjort i ettertid av prosjektet. Rommet ligger sentralt i sykehjemmet og er godt å være i, med mulighet for ro, avslapning og velvære.

Deltakerne ønsket også at metoden kunne tilbys medarbeidere fordi de selv erfarte at berøringen gav dem overskudd i en hektisk hverdag:

”Tenk om vi kunne komme så langt at vi hadde hatt et tilbud også til de ansatte. I kommunen er det høy sykemeldingsprosent med vonde rygger og vonde skuldrer. Det er mange som strever, jobber og har en tøff hverdag”.

På bakgrunn av de positive erfaringene som er gjort i dette pilotprosjektet, har det blitt satt i gang et kurs til ved Undervisningssykehjemmet. Noen av de forrige deltakerne er med som

veiledere i dette kurset. Tanken er også at kunnskapen om berøring skal spres til flere arbeidsplasser i kommunene tilsluttet Opplæringsring-Sør.



Figur 5-3 Berøring som lindrende og helsefremmende metode

5.2.2 Etablering av pårørendegruppe

Våren 2004 er det etablert en pårørendegruppe ved Songdalstunet. Ansvarlig for prosjektet er Arild Nilsen, høgskolelektor ved Fakultet for helse og idrettsfag på HiA. En sykepleier fra hjemmetjenestene i kommunen vil også være med i prosjektet. Det er dannet en gruppe av pårørende (6 til 8 personer). Hensikten med en pårørendegruppe er dels at pårørende kan komme sammen for å utveksle erfaringer og være til gjensidig støtte for hverandre. En annen hensikt er å få gruppa til å fungere som samtaleforum med fokus på hvordan pårørende opplever samarbeidet med hjemmetjenestene og for eventuelt å få innspill til forbedringsområder.

I offentlige utredninger og meldinger om eldreomsorg blir samarbeid mellom det offentlige og de pårørende trukket fram som sentralt. Det viser seg likevel at dette samarbeidet ofte er lite utviklet og at det samarbeidet som skjer, stort sett skjer på de offentliges premisser (Nilsen, 2001).

5.2.3 Praksisplasser for musikkstudenter

Høsten 2003 ble Undervisningssykehjemmet etablert som praksissted for studenter som studerer musikk grunnfag ved Fakultet for kunstfag, institutt for musikkpedagogikk. Normalt er dette et fordypningsstudium for musikkklærere, men disse studentene tar det som en del av en bachelorgrad i kunstfag, og kan vinkle sin praksis mot andre felter i samfunnet der det er aktuelt å bruke musikk som verktøy. På sikt ønsker HiA å utvikle et studietilbud innen musikk og helse, og dette samarbeidet er et første skritt i denne retningen.

Målet for praksis var å få erfaringer i å bruke musikk i forhold til eldre, psykisk utviklingshemmede og andre brukergrupper. På denne måten fikk studentene lære gjennom praktisk arbeid og veiledning. I samarbeid med studentene ble det utarbeidet et program for praksisperioden. Programmet bestod av sangstunder på de ulike avdelingene og i kafeen, minikonsert på dagsenteret, enetimer for en person med hodeskader, samt et opplegg på aktivitetssenteret der en gruppe psykisk utviklingshemmede ble plukket ut til å være med. På aktivitetssenteret fikk studentene veiledning av personalet og av en musikkterapeut fra høgskolen. På langtidsavdelingen ble det arrangert en times sangstund hver dag hvor de eldre deltok i allsangen. Tilbakemeldingene fra personalet og pasientene var gode. De satte stor pris på tilbudet. Studentene bidro til hyggelige stunder som hevet stemningen på avdelingen. I løpet av perioden fikk studentene være med på et dagsseminar om musikk, kultur og helse holdt av lege Audun Myskja (Forfatter av boka "Den musiske medisin"). Dette var meget nyttig for studentene, og de fikk mange tips i forhold til å drive med musikk på denne måten. Ikke bare i forhold til å synge, men det å lytte til musikk, snakke og mimre om musikk, slappe av til musikk, danse, finne rytmer og å bruke instrumenter.

Studentene opplevde praksistiden som spennende og utfordrende. De fikk brukt seg selv, og måtte tilpasse seg ulike bruker- og pasientgrupper. Det beste av alt var at studentene opplevde at musikken ga glede. Tonene trillet rundt på Songdalstunet i disse ukene og virket inn på atmosfæren både for brukere og ansatte.

Et av resultatene etter den første praksisperioden er at det har blitt gjennomført faste sangstunder på avdelingene. Det er et ønske at det blir satt av mer tid til musikk i hverdagen som et bidrag til trivsel og kvalitet for både beboere og personalet (Andersen, 2004). En ny praksisperiode startet opp våren 2004 med tilsvarende opplegg.

5.2.4 Erindringsrom

Helse- og omsorgsutvalget vedtok i 2003 at det skulle arbeides med etablering av et erindringsrom på Songdalstunet. Enkelte ansatte på langtidsavdelingen som deltok i videreutdanningen innen eldreomsorg hadde stor interesse for temaet. Når ansatte ble invitert til å søke om frie midler til gjennomføring av utviklingsprosjekter på arbeidsplassen, søkte disse om støtte. Undervisningssykehjemmets ledelse innvilget søknaden, og de ansatte på avdelingen for demensomsorg gikk entusiastisk i gang med arbeidet. De dro på studietur til andre som hadde tilsvarende tilbud og fikk ideer og inspirasjon. De fikk avsatt et egnet rom som ble pusset opp på dugnad. Det ble også samlet inn gamle gjenstander, og mot slutten av 2003 kunne rommet åpnes. Hensikten med rommet er å drive aktivt minnearbeid med demente. Minner fra denne tiden sitter ofte godt. Samtidig er det viktig å gi de som lider av demens noe å mestre, noe som bidrar til å dempe deres følelse av å mislykkes. Stundene i erindringsrommet legges opp til å være litt høytidelige hvor de ansatte blant annet håndhilser på beboerne når de ønskes velkommen. Det holdes fokus på et tema hver gang. Erfaringer viser at de som deltar i stundene på erindringsrommet blomstrer opp og at aggressiv adferd reduseres.

5.2.5 Informasjonsteknologi (IKT)

Det er inngått et samarbeid mellom kommunene Lindesnes, Kvinesdal og Songdalen, om utvikling av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helse- og omsorgstjenestene. IKT-prosjektet er satt i gang på bakgrunn av sentrale krav om dokumentasjon. Innenfor dette området ligger det et stort potensial for videre tjenesteutvikling, effektivisering og modernisering ved å benytte informasjons- og kommunikasjonsteknologi. For å oppnå dette, er det et klart behov for å øke ansattes kompetanse. Det er gitt støtte til prosjektet i 2004 fra Fylkesmannen. Hensikten med å innføre elektronisk dokumentasjon er å heve kvaliteten på og nytten av dokumentasjonen. Ved hjelp av elektronisk dokumentasjon håper man å legge til rette for bedre samarbeid mellom faggrupper, og å få mer enhetlige systemer og dermed mer systematisk klagebehandling. Kommunen vil også ha et bedre statistikkgrunnlag for god ressursutnyttelse.

5.3 Organisasjonsutvikling

Med utgangspunkt i det syn på kompetanse og kompetanseutvikling som er skissert innledningsvis, er det ikke hensiktsmessig å sette i gang med isolerte prosjekter uten å arbeide med hele organisasjonen samtidig. I denne sammenheng er lederne viktige nøkkelpersoner. Derfor satses det stort på lederutvikling på Songdalstunet og i kommunene i Opplæringsring-Sør. Det er nødvendig å ha et "lim" som binder medarbeiderne i organisasjonen sammen. Med "lim" menes blant annet et felles sett av verdier og normer. I tillegg til satsning på lederutvikling, har det vært satset på å arrangere jevnlig inspirasjonsdager som på ulikt vis kan binde medarbeiderne sammen. Det daglige arbeidet til fagutviklingskonsulenten er også sentralt i denne sammenheng.

5.3.1 Lederutvikling - "Flink med Folk"

Lederutviklingsprogrammet ved Undervisningssykehjemmet er i regi av den statlige satsningen "Flink med folk" (KS). Målet med satsning er å styrke ledelsen innen kommunens helse-, sosial- og omsorgstjenester. Bakgrunnen er Stortingsmelding 31 (2001-2002), "Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen: Fra hus til hender" som skisserer en statlig 4-årig satsing der det gis midler til lederutvikling innen omsorgstjenestene via Kommunenes Sentralforbund. Omsorgstjenestens store og komplekse organisasjoner representerer en av de største utfordringene når det gjelder organisasjon og ledelse i offentlig sektor, større enn sykehussektoren. Tjenesten er døgnbasert med oppgaver som vokser både i omfang og blir stadig mer faglig krevende. Forskning viser at god ledelse er en av de viktigste faktorene for å kunne gi kvalitativt gode tjenester, ved siden av arbeidsmiljø og fagmiljø. Det er også en av de viktigste suksessfaktorene for rekruttering og effektivitet. Det er derfor mye å hente ved å sette fokus på ledelse og organisering. Regjeringen viser i denne sammenheng til sitt arbeid med modernisering og effektivisering av offentlig sektor, der spesielt ledelse- og organisasjonsutvikling vil stå sentralt.

Som oppfølging av denne statlige satsingen er det på bakgrunn av støtte fra KS i august 2003, igangsatt lederutviklingsprogram for ledere på alle nivå innen helse- sosial- og omsorgstjenestene i de syv samarbeidende kommuner i Opplæringsring-Sør. 90 ledere på ulike nivå deltar i lederutviklingsprogrammet. Programmet består av fem moduler med fellessamlinger for hver modul. Oppfølging av lederutviklingsprosessen skjer over en fire års periode og består av både teori, praktisk trening og veiledning. (Mentor Partner, 2003). Programmet består av følgende moduler:

<p>Modul I: Lederen som individ</p> <p>Å kjenne seg selv og eget reaksjonsmønster Lederens profil og det personlige potensialet Personlighet og lederstil Lederprofil og kommunikasjon Medarbeidervurderinger Personlige utviklingsplaner</p> <p>Målet er å gi innsikt i og bevissthet om personlighet og adferd for å videreutvikle eget lederskap. Etter samlingen skal deltagerne ha tilegnet seg innsikt i personlighetens betydning for utøvelse av ledelse, - og kunnskap om hvordan personligheten påvirker vår evne til å etablere og videreutvikle relasjoner og samarbeid.</p>	<p>Modul II: Lederen og teamet</p> <p>Ulike typer av team, ulike utfordringer Suksessfaktorer og fallgruver ved utvikling av team Kartlegging av team Teamroller Medarbeideroppfølging Veiledning av medarbeidere Personlige utviklingsplaner</p> <p>Målet er å gjøre den enkelte leder bevisst på hvilke faktorer som påvirker den individuelle adferd i etablering og utvikling av team. Etter samlingen skal deltagerne ha tilegnet seg en kompetanse og et begrepsapparat for å kunne sette sammen og utvikle team, og ha skaffet seg økt innsikt i hemmende og fremmende krefter. De skal også ha utviklet ferdigheter i og forståelse for ulike måter å følge opp sine medarbeidere.</p>
<p>Modul III: Lederen og organisasjonen</p> <p>Lederens forhold til organisasjonens målsetninger Kultur og kulturbygging Kartlegging av kultur Et utviklingsorientert miljø Personlige utviklingsplaner</p> <p>Målet er å gi innsikt i betydningen av læring, omstilling og kreativitet. Etter samlingen skal deltagerne ha øket sin kompetanse på hvordan lederen kan bidra til utvikling i egen organisasjon.</p>	<p>Modul IV: Lederens kommunikasjon</p> <p>Medarbeidersamtaler Vanskelige samtaler Personlige utviklingsplaner Coaching Forhandlinger Personlige utviklingsplaner</p> <p>Målet er å gjøre den enkelte leder bevisst sin egen kommunikasjon, samt utvikle ferdigheter og forutsetninger for å gjennomføre ulike typer samtaler og forhandlinger. Etter samlingen skal deltagerne ha tilegnet seg en forståelse for og ferdigheter i å gjennomføre kvalitative samtaler med medarbeidere og ha utviklet grunnleggende ferdigheter i å kjøre ulike typer forhandlinger.</p>
<p>Modul V: Levende ledere</p>	
<p>Leder og kollega Leder og partner/samboer/ektefelle Foreldrerollen Etikk, verdier, integritet og troverdighet Lytting, empati og oppmerksomhet Helse og livsstil Ledelse og livskvalitet Mål og ambisjoner Personlige prioriteringer Personlige utviklingsplaner</p> <p>Målet er å øke deltagerens bevissthet om de ulike arenaer de befinner seg på, - og verdien som ligger i å ha en sunn balanse mellom ulike arenaer. Innhold: Etter samlingen skal deltagerne ha opparbeidet seg innsikt i hvordan de i dag håndterer ulike arenaer, og kompetanse om hvordan de i fremtiden ønsker å etablere/videreutvikle et livskraftig og dynamisk samspill med andre</p>	

Figur 5-4 Innhold i lederutviklingsprogrammet (Mentor Partner, 2003)

5.3.2 Inspirasjonsdager

To ganger i året blir det arrangert såkalte inspirasjonsdager. Alle som arbeider ved Undervisningssykehjemmet får tilbud om å bli med på en ”blåtur”. Vi reiser med busser til et hyggelig sted hvor vi er ute i friluft, har felles aktiviteter og spiser god mat. Dette er et viktig bidrag til trivselen blant alle ansatte. Det har vært opptil 80 personer som har deltatt på inspirasjonsdagene!



Figur 5-5 En fra høgskolen og en fra kommunen i et aktivt samarbeidsprosjekt

5.4 Etablering av et kompetansenettverk

Helt siden etableringen av USP i Agder i 2001 har samarbeidet med kommunene i Opplæringsring-Sør utviklet seg til å omfatte stadig flere prosjekter. Det har etter hvert utviklet seg et behov for å formalisere den delen av samarbeidet som gjelder kompetanseutvikling. Dette er bakgrunnen for etablering og utvikling av et interkommunalt ”Kompetansenettverk” som består av kommunene i Opplæringsring-Sør. I tillegg deltar geriatrik avdeling ved SSK (Sørlandets Sykehus, Kristiansand). Målet er å videreutvikle arbeidsplassen som en læringsarena gjennom et varig, forpliktende og strukturert samarbeid mellom de syv kommunene og sykehuset. For små kommuner er det problematisk å bygge opp sterke fagmiljøer. Gjennom et slikt forpliktende interkommunalt samarbeid vil en sikre både en styrking og en spredning av opplæringstilbudet. I tillegg vil det sikres et samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Målet er å innarbeide en varig modell for kompetanseutvikling for alle ansatte innen helse-, sosial- og omsorgstjenestene i de nevnte kommunene. Undervisningssykehjemmet i Songdalen kommune vil på denne måten være en spredningsaktør på etter- og

videreutdanningsmarkedet. Det er ønskelig å sikre faglig utveksling for ansatte som er nær brukerne. Målet er å formalisere et samarbeid omkring blant annet følgende tiltak:

- ✚ Hospiteringsordninger
- ✚ Faste nettverkssamlinger
- ✚ Temasamlinger
- ✚ Felles inspirasjonsdager
- ✚ Workshops
- ✚ Veiledning
- ✚ Etablering av fagteam innen for eksempel demensomsorg, psykiatri, omsorg for psykisk utviklingshemmede
- ✚ Etablering av ledernetverk

Dette arbeidet er påbegynt våren 2004. Følgende modell viser hvordan Kompetansenettverket er en overbygning for kompetanseoppbygging i kommunene i Opplæringsring-Sør.



Figur 5-6 Kompetansenettverket

6 Bedre kvalitet gjennom økt kompetanse?

6.1 Innledning

Den bærende ideen i Undervisningssykehjemsprosjektet er at kompetanseheving er et viktig bidrag til bedret kvalitet på helse- og omsorgstjenestene. Det er satt i gang tiltak på ulike nivåer i organisasjonen. Men er det virkelig slik at kompetansenivået er bedret? Har tiltakene noen effekt i forhold til kvaliteten på tjenestene? Det vil være for pretensiosøst å gi noe klart og entydig svar på et slikt spørsmål her, men vi har imidlertid hatt et ønske om å si noe om en eventuell utvikling hos deltakere i et konkret kompetanseutviklingsprogram (videreutdanningen i eldreomsorg). Hensikten har vært å forta en vurdering av hvorvidt kompetanseutvikling har betydning i forhold til personlig utvikling hos deltakerne. Vi har i hovedsak sett på om vurderingen av egen kompetanse er endret etter endt utdanning og om det foreligger endringer i holdninger til eldre. I tillegg har avdelingsledere til noen av elevene som har deltatt i videreutdanningen blitt spurt om å gi en vurdering av hvordan det har gått med elevene i ettertid.

6.2 Metode

Vi har ved videreutdanningens oppstart og avslutning gjennomført en spørreundersøkelse blant deltakerne, en pretest ved oppstart i november 2001 og januar 2002 (alle skjemaene var ikke klare i november) og en posttest ved utdanningens slutt våren 2003. I tillegg ble det en tid etter videreutdanningens avslutning foretatt et fokusgruppeintervju med avdelingsledere fra forskjellige kommuner som har hatt elever ved videreutdanningen.

6.2.1 Utvalg

Utvalget er elevene som deltok i videreutdanningen i eldreomsorg, samt avdelingsledere. Ved oppstart og pretest var det 27 elever som deltok og ved posttesten 1½ år senere var det 18. Resultatene som beskrives her refererer til de 18 som besvarte både pre- og posttest. Yrkesgruppene hjelpepleier og omsorgsarbeider er definert som en felles gruppe. Avdelingsledere ble valgt ut fordi de har god oversikt over forholdene i de miljøene hvor hjelpepleiere og omsorgsarbeidere arbeider.

6.2.2 Instrumenter

Vi har primært brukt et spørreskjema om *kompetanse og kompetansebehov* som er utviklet av Tønberg (1999). Skjemaet er tidligere brukt i Undervisningssykehjemsprosjektet (Tønberg 2000, Fossum 1999, Tønberg og Brodtkorb 2000, Tønberg, Fegran og Thygesen, 2002) (Vedlegg 1).

I tillegg har vi brukt et *spørreskjema i forhold til holdninger overfor eldre* (vedlegg 2). Skjemaet er utarbeidet av N. Kogan (1961) og oversatt til norsk av Ida Torunn Bjørk (1998): ”Attitude Toward Old People Scale”. Kogans skala består av 17 par utsagn om eldre mennesker. Utsagnene er formulert både positivt og negativt. Svarene angis på en Likert skala med 6 svaralternativer som viser fra sterk enighet til sterk uenighet. Skårene summeres og varierer fra 34 til 238. Høy verdi angir positiv holdning. Kogans skjema har tidligere vært benyttet i flere studier både internasjonalt og i Norge, (Bjørk 1998, Bergland og Lærum 1999, Bergland og Lærum 2002).

En tid etter videreutdanningenes avslutning ble det foretatt et *fokusgruppeintervju* med 3 avdelingsledere fra forskjellige kommuner som har hatt elever ved videreutdanningen. Avdelingsledere ble valgt ut fordi de har god oversikt over forholdene i de miljøene hvor hjelpepleiere og omsorgsarbeidere arbeider. Det at intervjuet ble foretatt i ettertid førte til at lederne hadde fått tid til å observere og samarbeide med hjelpepleieren/omsorgsarbeideren over en lengre periode etter utdanningen var gjennomført. Gjennomføring av gruppeintervjuet foregikk i konferanserommet på Songdalstunet. Foruten avdelingslederne var begge vi som er ansvarlige for undersøkelsen til stede. Intervjuet pågikk i ca 1 ½ time. Det ble brukt båndopptaker og informantene samtykket i dette. I ettertid ble intervjuet transkribert.

Følgende spørsmål var utgangspunkt for samtalen	Noen spørsmål av mer generell art
<ul style="list-style-type: none">▪ Hvordan har tilbakemeldingene vært fra de som har deltatt?▪ Kan dere som ledere se noen utvikling hos medarbeiderne som har deltatt på kompetansehevingstiltaket?▪ Har det vært gitt tilbakemelding fra pasienter og/eller pårørende som kan sees i sammenheng med kompetanseheving hos ansatte?▪ Tilbakemeldinger fra kollegaer – innvirkning på arbeidsmiljøet. Hva med de som ikke har deltatt?	<ul style="list-style-type: none">▪ Motivasjon for kompetanseheving hos ansatte generelt?▪ Om betydningen av kompetanseheving generelt. Kan vi si at økt kompetanse gir bedre kvalitet?▪ Er det andre faktorer som har større innvirkning på kvaliteten?▪ Betydning for arbeidsmiljøet?▪ Hva slags (kompetanseutviklings-) tiltak bør det satses på i fremtiden?

Figur 6-1 Intervjuguide gruppeintervju

6.2.3 Analyse

Analysen av de kvantitative spørreskjemaene er foretatt ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Dataregistrering ble foretatt manuelt.

Ved fokusgruppeintervjuet ble det brukt båndopptaker etter informantenes samtykke. I ettertid ble intervjuet transkribert og kategorisert.

6.2.4 Etske forhold

Det ble gitt tillatelse til gjennomføring av spørreundersøkelsen av helse- og omsorgssjef i kommunen i tillegg til at respondentene ga sitt informerte samtykke.

6.3 Bakgrunnsopplysninger

Gjennomsnittlig uteksamineringsår fra grunnutdanning er 1988, men med en spredning fra 1964 til 2001. Det er ingen som har annen relevant utdanning utover hjelpepleier eller omsorgsarbeider. To har noe kurs som tillegg.

Gjennomsnittsalderen er 45 år, hvor yngste deltager er 24 år og eldste er 59. Deltakerne har arbeidet gjennomsnittlig 4,4 år ved den institusjonen de er ansatt i ved studiets oppstart. Alle har i tillegg til dette erfaring fra liknende arbeid i helse- og omsorgssektoren. Gjennomsnittlig stillingsprosent er 66 %. Ingen av de ansatte har fremmedspråklig bakgrunn. Alle deltagerne er kvinner.



Figur 6-2 Elevene fra videreutdanningen svarer på spørreskjema

6.4 Er kompetansen min bedre nå?

Gjennom spørreskjemaet "Kompetanse og kompetansebehov hos hjelpepleiere og omsorgsarbeidere" skulle elevene ved videreutdanningen vurdere sin egen kompetanse. De skulle blant annet svare på følgende spørsmål: "Får du brukt de kunnskapene som utdanningen har gitt?", "Hender det at du må ta beslutninger som du ikke er kvalifisert for?", "Hender det at du er engstelig for at du vil gjøre feil som kan få konsekvenser for beboernes helse og sikkerhet?", "Opplever du å måtte ta beslutninger som er problematiske for egen kompetanse?" og "Står din kompetanse i et godt forhold til arbeidsoppgavene du har nå?". De samme spørsmålene ble stilt ved utdanningens slutt. 90 % svarer at de synes de får brukt de kunnskapene som utdanningen gir. Gjennomsnittet ligger klart mot verdien "ja ofte". De fleste svarer at det hender sjelden eller aldri at de må ta beslutninger som de ikke er kvalifisert for og at de heller aldri eller sjelden er engstelige for at de vil gjøre feil som kan få konsekvenser for beboernes helse og sikkerhet. De opplever ikke å måtte foreta beslutninger som er problematiske i forhold til egen kompetanse. På spørsmålet om respondentenes kompetanse står i et godt forhold til arbeidsoppgavene de har nå svarer 15 i pretesten og samtlige i posttesten, at de synes kompetansen er akkurat passe.

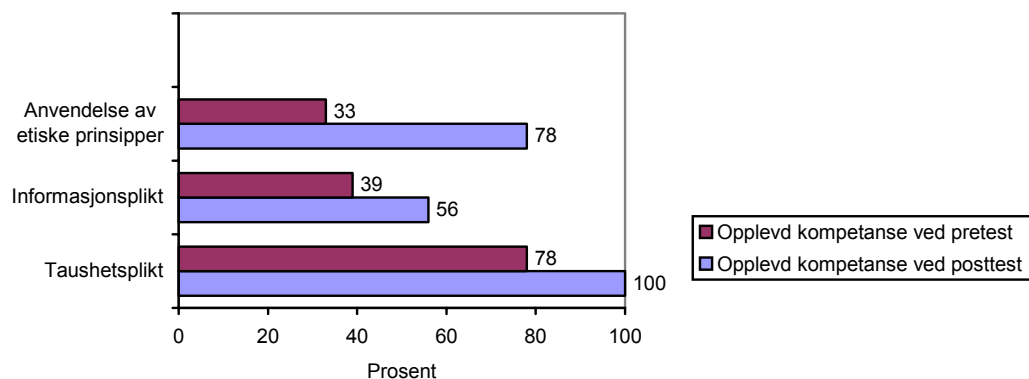
6.4.1 Tilfredshet med hjelpen de kan gi

Deltakerne ble også spurt om de er tilfreds med den hjelpen de kan gi beboerne på ulike områder. Svarene viser at de stort sett er tilfreds, og at graden av tilfredshet er større ved utdanningens slutt (Vedlegg 1). Det er noen områder som peker seg mer ut enn andre. Det gjelder spesielt fagområdene rehabilitering og psykiske forhold hvor deltakerne er betydelig mer tilfredse ved utdanningens avslutning. Videre ser en positive endringer i forhold til det å skape hjemlige forhold for beboere, å ivareta behov for nærhet og seksualitet samt i forhold til pasientrettigheter. Elevene er mindre tilfreds ved posttest i forhold til ivaretagelse av religiøse, kulturelle og åndelige behov.

Videre ble deltakerne spurt om de mener de har behov for økt kompetanse til å hjelpe beboerne med daglige gjøremål (Vedlegg 2). Elevene uttrykker at de synes de har mer kompetanse etter utdanningen på følgende områder: "nedsatt mental funksjon", "verdige livsavslutning" og "pasientrettigheter". De områder hvor elevene etterspør mer kompetanse ved posttesten er ernæring og tannhelse. Totalt sett opplever elevene en styrket kompetanse på de fleste områder etter utdanningen.

6.4.2 Etikk

Elevene ble også spurt om å vurdere egen kompetanse innen etikk. Kunnskap om etikk ble delt inn i tre områder; taushetsplikt, informasjonsplikt og etiske prinsipper.

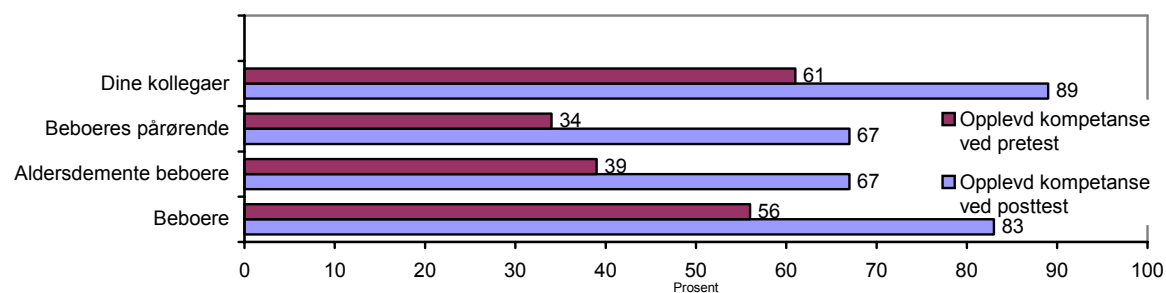


Figur 6-3 Egenvurdert kompetanse

Figuren viser at elevene vurderer sin egenkompetanse innen etikk som betydelig bedret etter videreutdanningen. Spesielt ser vi en stor endring (45 % økning) i styrket kompetanse innen etiske prinsipper.

6.4.3 Kommunikasjon

Videre ble elevene spurt om å vurdere egen kompetanse i forhold til kunnskap om kommunikasjon i forhold til beboere, pårørende og kolleger.



Figur 6-4 Egenvurdert kompetanse innen kommunikasjon

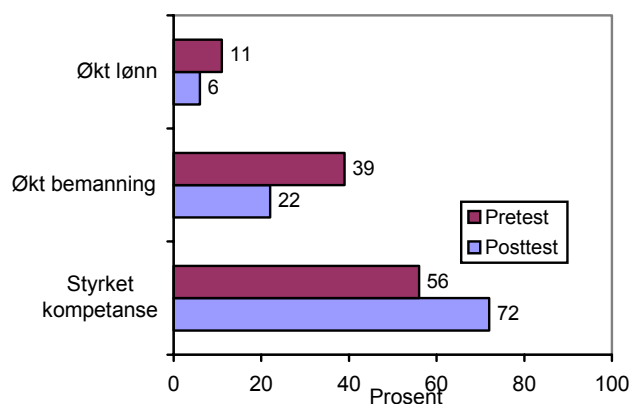
Figuren viser at elevene vurderer sin kompetanse innen kommunikasjon som betydelig bedre etter videreutdanningen.

6.4.4 Ønske om mer undervisning

Elevene ble også spurt om hvilke områder de ønsket undervisning i. I spørreskjemaet er det listet opp 14 forslag til områder for undervisning og diskusjon, av disse skal elevene velge ut tre områder. Elevene viser at de har generelt større behov for undervisning innen spesifikke temaer på pretesten (Vedlegg 3). På posttesten er det ingen temaer som peker seg ut på en tilsvarende måte. På både pre- og posttest prioriteres ”psykiske problemer hos eldre” og ”pleie av og kontakt med døende”. Men det er en klar nedgang fra pre til posttest. Posttesten viser en økning i behov for undervisning om ”eldre i samfunnet”, ”ernæring”, ”arbeidsteknikk” samt ”holdninger til eldre”.

6.4.5 Hva er det viktigste?

Til slutt ble elevene bedt om å prioritere mellom henholdsvis kompetanse, lønn eller bemanning som de viktigste bidrag til økt trivsel, livskvalitet, funksjon og helse.



Figur 6-5 De viktigste bidragene til bedret trivsel, livskvalitet funksjon og helse

Elevene setter ”styrket kompetanse” som viktigste bidrag både på pre- og posttesten. Ved posttesten viser svarene at denne holdningen er ytterligere styrket.

6.4.6 Oppsummering og drøfting

Elevene mener at de har fått økt sin kompetanse etter fullført videreutdanning. Vi ser en størst økning i tilfredshet i forhold til hjelpen de gir for å dekke brukernes psykiske behov og rehabiliteringsbehov. Den store økningen i tilfredshet kan bety at dette er områder som er blitt spesielt godt ivaretatt innen videreutdanningen. Det er også interessant å merke seg at elevene mener at de har fått styrket sin kompetanse innen sentrale fagområder som etikk og kommunikasjon siden dette er områder som er blitt spesielt fokusert gjennom hele utdanningen. Elevene selv er minst fornøyd med hjelpen de kan gi i forhold til brukernes

religiøse, kulturelle og åndelige behov. Dette kan være områder som burde ha vært ivaretatt i større grad. Eller kan vi si at elevene gjennom refleksjon og modning har fått en økt erkjennelse av betydningen av disse behovene? Er de på grunn av økt kompetanse blitt mer bevisst på sin inkompetanse? Det at elevene også ønsker mer undervisning i temaer som ”psykiske problemer hos eldre”, ”pleie og kontakt med døende”, ”eldre i samfunnet” og ”holdninger til eldre”, kan handle om det samme. Vi ser også at det er ønske om mer kompetanse og undervisning innen mer konkrete områder som ernæring, tannhelse og arbeidsteknikk. Elevene hadde en temadag om ernæring, men sett i forhold hva ernæringsproblematikken betyr for den gamle, er dette et felt hvor det kreves betydelig større satsning i forhold til kompetanseutvikling enn det som er gjort i denne videreutdanningen. En svakhet ved denne undersøkelsen er at antall respondenter (18 stk) tilsier at våre svar vil ha begrenset representativitet. Det vi gjør er å kartlegge opplevelse av kompetanseheving i som følge av en gitt videreutdanning til en bestemt gruppe elever.

6.5 Mer kompetente pleiere?

Hensikten med videreutdanningstilbudet er å styrke elevenes personlige kompetanse gjennom refleksjon over teoretisk, etisk og praktisk kunnskap. I tråd med at brukeren skal settes i sentrum er det således et hovedmål at både elevene og organisasjonen som sådan skal bli mer bevisst i forhold til brukerne. Men har vi fått mer kompetente pleiere? Vi vil belyse spørsmålet med refleksjoner fra avdelingslederne som har sett elevene i funksjon både før og etter videreutdanningen. Vi stilte avdelingslederne følgende spørsmål: ”Hvordan har **tilbakemeldingene** vært fra de som har deltatt?”, ”Kan dere som ledere se noen **utvikling** hos medarbeiderne som har deltatt i videreutdanningen?”, og ”Har dere fått **tilbakemeldinger fra pasienter og/eller pårørende** som kan sees i sammenheng med kompetanseheving hos ansatte?”

6.5.1 ”Selvtillit i arbeidet...”

Avdelingslederne ga uttrykk for at elevene stort sett har vært veldig fornøyd med videreutdanningen, spesielt i forhold til det faglige innholdet. En avdelingsleder refererte til flere av sine ansatte som hadde uttalt: *”dette skulle alle ha gått på”*. En slik utdanning ble fremhevet som viktig for å forhindre tilstiving i fastlagte rutiner og mønstre: *”lik som sånn gjør vi det, og sånn har det vært gjort”*.

På spørsmål om de mente å se endringer hos de som hadde deltatt, mente alle å kunne se en positiv utvikling hos deltakerne. Et stikkord i denne sammenheng er ”selvtillit”:

”Jeg merker holdningene til de som har vært der har blitt annerledes, de har fått selvtillit i arbeidet, at de står for ting som: ”jo, dette skal jeg begrunne hvorfor”. Liksom den stilen. Jeg synes jeg har merket utrolig mye på de som har vært med”.

Et eksempel på hvordan lederne kunne merke utvikling hos noen av elevene er hvordan noen av dem har fått med seg andre ansatte på avdelingen for å innrede et erindringsrom og å sette i gang med erindringsgrupper for demente:

”Hjelpepleierne har vært med og passet på at dette ble gjort på en måte som er best mulig for de demente og sett nytteverdien av å gi dette med øyeblikket, det er dagen i dag for den demente som teller, det er ikke stell og vask og ditt og datt. En prøver å få vekk noe av disse ryddegreiene som ofte er på sykehjemmene: rutiner; opp med vinduene, på med sengeteppet, rydde og den stilen, noe som de aller fleste sykehjem sliter med har jeg forstått. Hva gjør vi for beboerne som er hyggelig og fint i dag? ... det har jeg merket veldig at de klarer å spre i avdelinga... Det er en stor tve å snu på, disse gamle rutiner, synes jeg. Jeg føler at jeg jobber veldig mye med holdninger”.

Det er også skjedd en endring i forhold til hvordan de i ettertid har turt å ta ordet både på personalmøter og temakvelder. De har både lagt fram fagkunnskap overfor andre ansatte, og faktisk også holdt en forelesning på HiA for sykepleierstudenter (150 stk) i forbindelse med temaet demensomsorg og erindringsarbeid.

På den annen side forteller en avdelingsleder at hun opplever at en av deltakerne opplevde større grad av frustrasjon i arbeidet etter endt videreutdanning: *”Jeg har hørt henne si sjøl at hun faktisk er mer frustrert i dag, fordi at hun har lært så mye som hun aldri får tid til å gjøre noe med”.* Videre sier avdelingslederen:

”Det er min frustrasjon. At hun sliter med sin egen samvittighet fordi det er så mye hun skulle ønske at hun kunne gjøre. Og mitt problem oppi det hele har vært hvordan i all verden skal jeg få brukt kompetansen hennes? Hvordan skal jeg få henne til å få litt rom til å sette seg ned og ha tid til å bruke de ressursene hun har? Der har det heller ikke vært noe rom til å ta henne ut til å gjøre noe annet, altså der ligger ikke noe i de økonomiske rammene som sier ja til det”.

På spørsmål om lederne hadde fått noen konkrete tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, var det ingen som kunne referere til spesielle hendelser.

6.5.2 ”Bare for noen...?”

Det vil alltid være et ønske om at kompetanseheving skal komme hele organisasjonen til gode. I denne sammenheng snakkes det ofte om utvikling av en ”lærende organisasjon”, det vil si utvikling av en lærende kultur som preger alle ledd i organisasjonen. Vi spurte lederne om gjennomføringen av videreutdanningen hadde hatt noen ringvirkninger i arbeidsmiljøet der elevene jobber, og hvordan det var med de som ikke har deltatt. Blant annet er det

nødvendig å stille spørsmål om kompetansehevingstiltakene som settes i verk kun blir forbeholdt noen få, eller om de kommer alle i organisasjonene til gode.

I samtalen med lederne ble det diskutert hvorvidt det er slik at det stort sett er de som har mest ressurser fra før, som nyttiggjør seg av ulike kompetansehevingstiltak. Avdelingslederne støttet på mange måter en slik påstand. De mente at det stort sett var de dyktigste pleierne som hadde deltatt på videreutdanningen: *”Så det var liksom toppen som gikk. De har alltid vært ressursmennesker, sterke og flinke i sin utøvelse av yrket”*. På spørsmål om hvorfor det er slik svarte en av dem: *”Det er vel de som tør”*. Vi spurte lederne om hva vi kan gjøre for å få med oss de som ikke vil eller tør delta eller engasjere seg. Lederne gav ikke noe entydig svar på dette, men fremhevet betydningen av informasjon samt sikring av gode arbeidsforhold for de som blir igjen på avdelingen. Men hvordan skal alle i et miljø få et ”eierforhold” til de ulike prosjektene som settes i verk selv om ikke alle nødvendigvis deltar direkte? Også her blir lederens rolle sentral.

Ut fra diskusjonen mellom avdelingslederne, kom det veldig klart fram at det er på de avdelingene hvor det er to eller flere som har deltatt på samme utdanning, at en tydeligst har sett forandringer i etterkant av videreutdanningen. Dersom en ikke er alene, vil en kunne styrke hverandre i det nye en har lært: *”Det har en tendens til at det blir litt borte når du kommer aleine”*.

6.5.3 ”Å dra lasset sammen...”

Avdelingslederne var også opptatt av hvordan selve den praktiske gjennomføringen av en slik utdanning påvirket miljøet. Det var litt ulike opplevelser knyttet til dette. Noen steder var det helt uproblematisk, men andre steder syntes flere av deltakerne at det var vanskelig å gå fra avdelingen. Dette gjaldt spesielt der hvor det var flere fra en avdeling som deltok i samme videreutdanning: *”De som gikk følte at det var vanskelig å komme fra”*. Det kunne blant annet være sårende kommentarer fra andre i avdelingen. Avdelingslederen refererte til kommentarer som: *”Å så slitsomt for oss. Nå må dere snart slutte med dette opplegget. Det er altfor mye kursing. Aldri leier dere inn nok folk”*.

Hun sier videre:

”Det ble fryktelig slitsomt for de som gikk på videreutdanningen og gledet seg til å gå på forelesning. Det ble en blandet følelse. De turte ikke å gå fra avdelingen, selv om jeg sa at det skulle gå fint. Det var nokså tungt å slite seg løs”.

Lederne forteller at nettopp fordi deltakerne ved videreutdanningen har fått mer tro på seg selv og sitt faglige ståsted, er de med på å usynliggjøre de som er negative i miljøet. Avdelingslederne mener at blant annet på denne måten kan slike kompetansetiltak ha positive

ringvirkninger: *"Det går mye på holdninger"*. Men hvorfor faller noen utenfor? En avdelingsleder sier: *"Det er litt sånn holdning at jeg har det i grunnen greit som jeg har det"*. En annen leder sier videre: *"Det finnes noen på avdelingen som aldri får til å bli med på noe som er positivt. De finnes på alle arbeidsplasser"*. Denne lederen var opptatt av at en etter hvert ville komme til et punkt hvor det var viktig å ikke la de som var negative få dominere for mye i et miljø. Hun illustrerer hva hun mener med det hun kaller en "popkorn-historie":

"Du må prøve å tenke på personalet ditt som upoppet popkorn. Det vil alltid ligge igjen noen upoppet popkorn når en har poppet. Uansett hvor varmt det blir i gryta, og måten du popper popkornene på, så er det alltid noen som ikke vil poppe. Og du må ikke bruke så mye energi på disse få upoppa at du svir de som har blitt poppa. Men du må skyve dem tilside og konsentrere deg positivt om de nypoppa popkorna. Så forminsker du de upoppa og hjelper de andre til å blomstre, de som faktisk vil noe og som har poppet opp". Hun sier videre: "fremelsk det gode i de positive, så vil de andre tilslutt brenne ut".

Selv om en kanskje ikke får med seg alle, er det viktig å nå flest mulig i en organisasjon.

6.5.4 "For skolsk...?"

Det ble slått fast at noen av deltagerne var utrente med skolegang. Det var lenge siden de hadde gått på skole og de visste for lite om hva de gikk til. Særlig med hensyn til skriftlige oppgaver og tester. En av lederne hadde opplevd at en av deltakerne følte seg mer kvalifisert enn det hun faktisk var ved at hun utførte oppgaver som hun ikke hadde kompetanse til. Dette ble et dilemma for lederen som til slutt måtte gripe inn ved å sjekke hva de faktisk hadde lært med de ansvarlige for videreutdanningen. Lederne var på denne bakgrunn opptatt av hvorvidt mange av tiltakene som blir tilbudt er for "skolske", og at det derfor vil være vanskelig å nå ut til en del ansatte. Ifølge lederne er viktig at det tilrettelegges for kompetansehevingstiltak som også tar hensyn til dem som har liten erfaring fra tradisjonell skolegang. Det påpekes at hvis en skal nå flere, er det viktig å holde seg på et nivå som ikke er for høyt: *"... og ikke lage det så stort med oppgaveløsning og innlevering og sånn"*.

6.5.5 "Det praktiske..."

Avdelingslederne var også opptatt av rammene rundt organiseringen av videreutdanningen, og de konsekvenser det har hatt for den daglige driften og holdningene i miljøet. I forhold til praktisk tilrettelegging var det nok et ønske om noen endringer. Det ble fremhevet at det var en del forhold som ikke var godt nok klarert ved oppstart: *"Det var litt uoversiktlig når de begynte, hvordan vi skulle få styrt det, sånn fra min side. Det var for dårlig planlagt"*. Avdelingslederen forteller videre at det ofte kunne bli litt kaotisk i forbindelse med overlapping mellom tidlig- og seinvakt:

”Det var nokså kaotisk med den overlappingen. Jeg var nok litt dårlig informert om hva det ville si, før de startet opp. Hva hadde vi krav på? Hvem betalte mellomlegget? Jeg tok jo alt på mitt budsjett. Du orker jo ikke styre sånn når det ikke lå i forkant. Det bør ha ligget litt mer styring fra arbeidsgiver, sånn rent økonomisk”.

En annen avdelingsleder sier:

”Vi kavet litt med ryddighet i fri med lønn, lesedag og sånn, disse tingene som hadde med hva får vi igjen osv. Litt klein kommunikasjon om hva som er lagt i bunn av dette, og da det på toppen av andre ting...”.

Mange var også opptatt av hva de kunne få ”igjen” av en slik satsning: *”Det spørsmålet som kommer ... er spørsmålet om lønnskompensasjon. De er veldig opptatt av dette”.*

6.5.6 ”Frafall”

I perioden som videreutdanningen ble gjennomført var det 9 som sluttet. Dette ble også problematisert av avdelingslederne:

”Jeg tenker litt på de som falt av lasset. Om de kunne vært fanget opp før de falt helt av lasset? Det var en nokså stor gjeng som falt av”. Å ha en forventningssamtale i forkant, blir foreslått: ”Hva skal vi gjennom, dette med oppgaveskriving som kom som en bombe for mange; og ”Gud, det er jo eksamen”... Det var jo to som hoppet av rett før en eksamen, og fikk hetta... at kanskje det blir snakket litt om det i forkant. Hva kan en forvente av dette?”

6.5.7 Oppsummering og drøfting

Mange av elevene som har deltatt i videreutdanningen har fått større selvtillit både i forhold til egen virksomhet, men også i forhold til å formidle det de har lært til medarbeidere i avdelingen. På denne måten har gjennomføringen av videreutdanningen hatt en spredningseffekt i arbeidsmiljøet. Det at det noen steder har vært flere fra en avdeling som har deltatt på samme utdanning, har gjort det lettere å legge tyngde bak formidlig til resten av miljøet. Men dette er ikke problemfritt. Kompetansehevingstiltak innebærer også slitasje på et arbeidsmiljø, og på enkelte avdelinger har det vært vanskelig for deltakerne å få aksept for å gå fra avdelingen når de skal på undervisning eller lignende. For de som har vært alene fra en avdeling har det ikke vært like lett å beholde entusiasme og ha nok mot til å praktisere og formidle videre det de har lært. Men økt kunnskap kan også være grobunn for frustrasjoner, særlig dersom det ikke gis rom for å praktisere ny kunnskap.

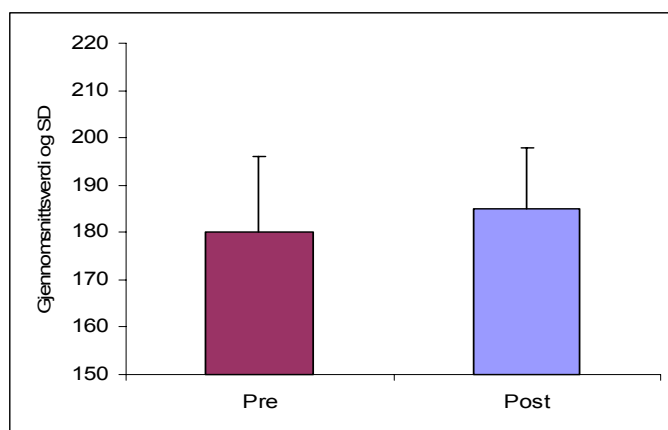
Det kan på mange måter se ut til at det ofte er de mest ressurssterke i et arbeidsmiljø som deltar i de kompetanseutviklingstiltak som tilbys. Det blir forøvrig påpekt at det ikke er sikkert at det er mulig å få med seg alle, og at det da er viktig å ikke bruke for mye tid og energi på de som ikke ønsker å delta. For eksempel vil det ikke være mulig for alle å delta i

arbeidskrevende, langvarige utdanninger som for eksempel denne videreutdanningen i eldreomsorg. Noen må også ta seg av de forefallende oppgavene. Samtidig ser vi at en slik type utdanning ikke vil passe alle. En tradisjonell videreutdanning kan inneholde ”skolske” oppgaver som kan være vanskelige for de som ikke hadde gått på skole på mange år. En kan da spørre om det er denne formen for utdanning som er det riktige å satse på? Avdelingslederne er opptatt av at i noen miljøer kan de som ikke deltar være med å ødelegge for de som ønsker å være aktive. Negative holdninger kan fort skape et dårlig læringsmiljø hvor det ikke er rom for å prøve ut nye tiltak.

Det har vært et relativt stort frafall. Det kan være flere grunner til dette. Enkelte kan ha opplevd utdanningen som for vanskelig. I tillegg vet vi at flere hadde private grunner for å slutte, som blant annet egen sykdom eller omsorgsansvar for gamle foreldre/svigerforeldre og barn, i tillegg til det å ha en krevende jobb.

6.6 Holdninger til eldre

I tillegg til ledernes vurderinger av utvikling hos deltagerne, ønsket vi også å si noe om eventuell utvikling i elevenes holdninger til eldre. For å svare på dette har vi brukt spørreskjemaet til Natan Kogan (1961) som er et instrument som måler holdninger til eldre. Spørreskjemaet ble brukt både ved pre- og posttest og viser følgende endringer:



Figur 6-6 Gjennomsnittsverdi og standardavvik (SD) på Kogans skala, pre og posttest

Ved pretest var gjennomsnittsverdien 180 mens den var steget til 185 ved posttest. SD var ved pretest 16 og ved posttest 18. Vi ser altså en liten økning i sumskåre, men endringen er ikke statistisk signifikant (p er lik 0.06).

6.6.1 Oppsummering og drøfting

Ved å bruke Kogans spørreskjema har vi ønsket å si noe om en eventuell personlig utvikling hos pleiepersonalet. Funnene fra Kogan samsvarer med de øvrige undersøkelsene som er brukt i dette prosjektet, og som gjennomgående viser positiv utvikling hos deltagerne. Våre funn samsvarer godt med tidligere studier fortatt blant sykepleierstudenter i Norge (Bergland og Lærum, 1999 og 2002). I disse studiene ligger gjennomsnittlig skåre mellom 177 og 187.

Et sentralt spørsmål her er om vi kan si at utdanning og kompetanseheving påvirker holdninger? Her finnes det ulike meninger. Bergem (1994) henviser til to ulike hovedoppfatninger i spørsmål som gjelder endringer av grunnholdninger. På den ene siden finnes de som hevder at verdier, oppfatninger og holdninger som er knyttet til kultur, menneskesyn, samspillet mellom mennesker og samfunnsforhold gjennomgående er stabile og ikke vil endres i særlig grad på bakgrunn av ytre påvirkning. Fra annet hold påstås det at grunnholdninger ofte er tilegnet etter påvirkning fra autoritetspersoner, og at de av den grunn nettopp kan bli gjenstand for forandring over tid. Vår sterke satsing på utdanning og kompetanseheving med et spesielt fokus på etikk, vil kunne forstås på bakgrunn av en oppfatning om at en til en viss grad kan bidra til endring av holdninger og atferd gjennom ytre påvirkning (ellers vil en kanskje kunne si at alle former for forsøk på å endre holdninger ville være forgjeves?). Vi mener at et sterkt fokus på etikk og etisk refleksjon i en utdanning vil kunne være et bidrag til økt etisk bevissthet og videre til mer veloverveide handlinger. Likevel vet vi at det er en rekke ulike mellomliggende, og også uformelle faktorer, som påvirker holdninger vel så mye som tradisjonell kompetanseheving. Nettopp derfor må det satses på en rekke tiltak parallelt med vanlig formell utdanning eller kompetanseheving. Det er også nødvendig å satse på tiltak som bidrar til utvikling av hele organisasjonskulturen, og ikke minst er lederne sentrale i denne sammenheng.

I vår studie vil det være vanskelig å trekke entydige konklusjoner ut fra svarene på Kogans spørreskjema. Endringer i holdninger bør nok også sees i et lengre tidsperspektiv enn det som har vært mellom pre- og posttest i denne studien (1 1/2 år). I dette tilfellet foreligger det kun mindre, ikke-signifikante endringer. Dessuten er det, som nevnt, vanskelig å vite hvorvidt eventuelle endringer skyldes selve utdanningen eller andre mellomliggende faktorer.

6.7 Er kvaliteten bedre?

Dersom vi skal oppsummere funnene fra vår studie ser vi at elevene gir uttrykk for at de har fått bedret sin kompetanse gjennom deltakelse i videreutdanningen. I tillegg sier avdelingslederne at de har merket at den personlige kompetansen hos elevene har blitt styrket.

Men kan vi ut fra dette si noe om bedret kvalitet på omsorgstjenestene? Det vil være vanskelig å si hvorvidt de endringer vi ser kommer på grunn kompetanseutviklingstiltak eller om det er andre faktorer som spiller inn. I vår studie har vi spurt respondentene selv om hvordan de vurderer sin kompetanse innen en rekke områder. I tillegg har vi forsøkt å kartlegge holdninger og vurderingsevne ved å la dem svare på forskjellige typer utsagn. Dermed er det en fare for at vi primært får en kartlegging av respondentenes tanker og følelser, og ikke faktiske holdninger uttrykt i konkrete handlinger. Det er viktig å presisere at dette kan være en svakhet ved undersøkelsen. Det vil alltid være mange ulike faktorer som vil påvirke både holdninger og handlinger, og mange av disse faktorene vil det være vanskelig å kartlegge. Når vi såpass sterkt presiserer muligheten for en sammenheng mellom holdning og handling som vi har gjort ovenfor, ville det være naturlig å studere eventuelle endringer i atferd overfor brukerne når vi skal vurdere om utdanning og kompetanseheving har noen effekt. Denne undersøkelsen retter seg imidlertid ikke direkte mot brukerne av helse- og omsorgstjenestene. Imidlertid har det vært viktig å spørre avdelingsledere om hvordan elevene fungerer i sitt daglige virke.

7 Helsepersonells kompetanse

Vi har til nå sett på sentrale verdier i eldreomsorgen, både i forhold til vedtatte verdier i samfunnet og ut fra hva den gamle selv rapporterer. Vi har også presentert en rekke ulike kompetanseutviklingstiltak som er gjennomført i regi av Undervisningssykehjemmet, i tillegg til at vi har hatt en mer gjennomgående evaluering av et av tiltakene (videreutdanningen).

Som vi har sett stilles det i dag store krav til helsepersonell. Vi har referert til Kari Martinsen som fremhever to sidestilte kompetanseområder: ”faglig dyktighet” og ”medmenneskelighet” (Kap. 3.3). Det er viktig at begge disse forholdene tas i betraktning ved planlegging av kompetanseutviklingstiltak. Tradisjonell undervisning som videreutdanningen, legger i stor grad vekt på utvikling av det vi kaller fagligheten (teoretisk og praktisk kunnskap). Dette er viktig, men det neste spørsmålet blir som følger: ”kan god omsorg læres?”. Ifølge Nordtvedt kan det læres, til en viss grad, gjennom bevisstgjøring, holdningsdannelse, og som en del av en gjennomtenkt utdanningspolitikk. Det må reflekteres over praksis og reises kritiske spørsmål til regler og holdninger som underkjenner klientens verdighet. Gjennom videreutdanningen og flere av de andre kompetanseutviklingstiltakene, er det blitt gitt tid og rom for refleksjon i større grad enn tidligere. Resultatene fra evalueringen av videreutdanningen viser også at både elever og ledere opplever at utdanningen har bidratt til en økt etisk bevissthet. Men det er ikke bare helsepersonells egenskaper som er nødvendige for en god praksis. Hvis det ikke er politisk og økonomisk grunnlag for å gi omsorg, er det ingen hjelp i å formulere idealer. Vi ser ofte at når det gjelder pleie og omsorg er det også her at det økonomiske språket dominerer, med antall liggedøgn, cost/benefit og produktivitet. Det glemmes ofte at terapeutisk behandling avhenger av omsorg og medmenneskelighet. Ressursknapphet og fordelingshensyn krever kanskje at kvaliteten på individuell omsorg forringes. Men ikke for enhver pris, og ikke utover alle grenser for forsvarlighet. Det må derfor fastsettes noen fundamentale etiske prinsipper eller kvalitetsforskrifter som sikrer at omsorgen for den enkelte pasient er faglig og etisk forsvarlig. Men hvor går denne balansen? En viktig oppgave er å arbeide med etisk faglige forsvarlighetsgrenser for tjenestene (Nordtvedt, 2001). For å få dette konkretisert er det nødvendig at den enkelte virksomhet er i stand til å analysere behov og omsette behovene til kvalitativt gode tjenester. Dette krever både god ledelse og levende, tverrfaglig sammensatte fagmiljøer. Kontinuerlig opplæringsvirksomhet, utviklingsarbeid og kompetanseoppbygging er derfor viktige faktorer

for å skape bedre kvalitet på tjenestetilbudet (St meld 31, 2001-2002, St meld nr 50, 1996-97). Det er av stor betydning at det også utvikles et språk for verdier som ikke så lett kan måles og uttrykkes i det økonomiske eller vitenskapelige språket. Ved en slik konkretisering kan det tas utgangspunkt i "Kvalitetsforskriftene" utarbeidet av Sosial- og helsedepartementet på bakgrunn av tidligere stortingsmeldinger.

I Stortingsmelding 26 (1999-2000), nevnes også møtet mellom pasient og behandler særskilt. Det presiseres at helsearbeideren må kunne: "... gje omsorgsfull støtte til sjølvråderetten og vern om det sårbare i mennesket" (s. 29). En faglig fundert empati forutsetter at hjelpearbeideren klarer å sette seg inn i pasientens og pårørendes situasjon. Det fremgår av meldningen at dette krever ikke bare opplæring og øvelse, men at en aktivt benytter tid og teknikker for å klargjøre hvordan situasjonen oppleves av den som søker hjelp. Helsepersonell må kjenne de sentrale elementene i samfunnets verdigrunnlag når de står overfor den enkelte pasient, slik at kjerneverdiene for omsorgen hele tiden blir styrende for all praksis. Ifølge Stortingsmelding nr 26 presiseres det at det bør være et mål for alle utdanningsopplegg å formidle sentrale elementer av dette verdigrunnlaget både gjennom teori og praksis. Videre heter det:

"Viktigere enn å ha egne kurs og egne pensum i "verdigrunnlaget", er at etiske drøftinger og analyser av moralske dilemma inngår som ein naturleg og nødvendig del av alle faglege og administrative problemstillingar som blir tekne opp i undervisninga" (s. 30).

Det fremheves at behovet for en slik etisk refleksjon vil øke i framtida, og at utdanningsinstitusjonene må sikre at elever og studenter får nødvendig øvelse i dette. Gjennom undervisning vil etisk refleksjon begrepsfestes, slik at personalet på sikt har større kompetanse til å delta i slike drøftinger.

En sentral del av en etisk refleksjon, er nettopp å kunne reflektere over og vurdere etiske dilemmaer. På grunn av behovet for å vurdere etiske problemstillinger ut fra et situasjonsbestemt perspektiv, vil det alltid være en grad av etisk usikkerhet knyttet til helsepersonells tjenesteutøvelse. Å være etisk usikker er helt nødvendig, men ofte både frustrerende, vanskelig og belastende. Leif Bollingmo (2002) retter i sin hovedfagsstudie oppmerksomhet mot hvordan helsepersonell bærer frem etisk forsvarlighet der hvor tvang og makt benyttes. Helsepersonells ansvar forsterkes ved at vi i kraft av vår faglige kompetanse vil utøve makt overfor pasienten som ofte er hjelpetrengende og i besittelse av mindre faglig kunnskap. Blant annet ser vi i dag at autonomiprinsippet er blitt et av de mest fremtredende etiske prinsipper som et viktig mottrekk mot paternalisme i utøvelse av helsetjenester. Men

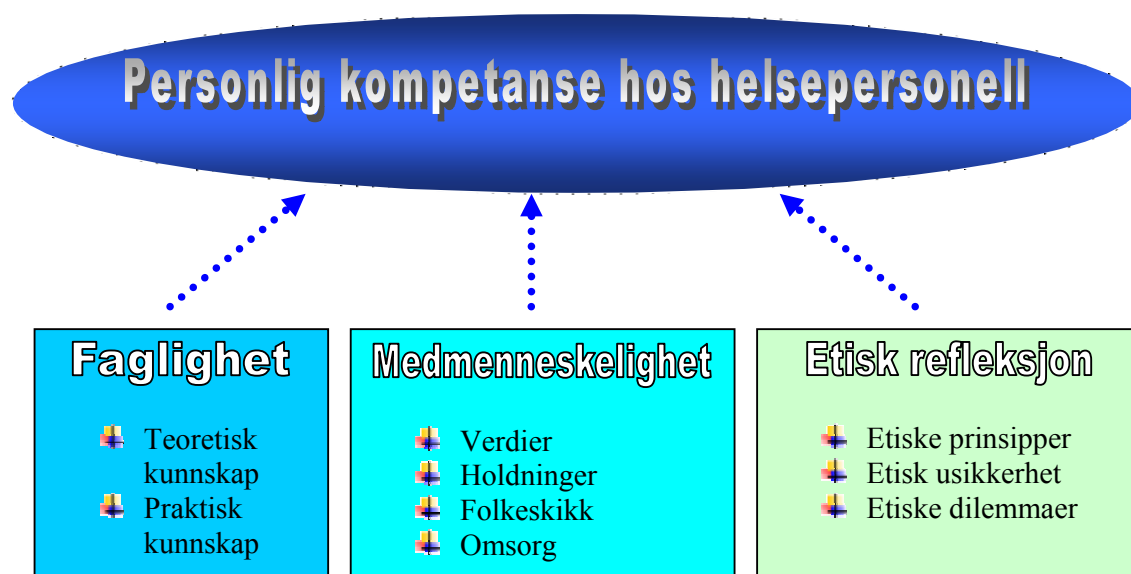
rollene som pleier, pårørende og pasient er ikke sammenfallende og likeverdige. Det er en asymmetri mellom disse, hvor den profesjonelle ikke kan fri seg fra ansvaret for å håndtere denne asymmetrien på en faglig forsvarlig måte. Det er viktig at helsepersonell er bevisst på at autonomibegrepet kan tilsløre denne asymmetrien i makt. Det vil for eksempel kunne oppstå situasjoner hvor det vil være legitimt å krenke pasientens autonomi. På bakgrunn av en slik argumentasjon vil således ikke autonomibegrepet være tilstrekkelig for å håndtere enkelte moralske situasjoner i helsevesenet. Hofmann (2002) lanserer i denne sammenheng ”tillit” som et mer moralsk relevant begrep. I vår kontekst betyr det at pasienten har tillit, at han overfører avgjørelsesmakt til pleier, og at det dermed gir pleieren handlingsrom. Det som er problematisk med autonomibegrepet er at det gir uttrykk for en idealisert symmetri mellom pleier og pasient. Men autonomiprinsippet er ikke et moralsk mirakelmiddel som eliminerer all maktmisbruk i helsevesenet. Refleksjon rundt disse problematiske sidene ved autonomibegrepet vil bidra til en styrking av helsepersonells mulighet til å utføre sine fagspesifikke oppgaver samtidig som pasienten beskyttes mot mulig misbruk av makt.

Leif Bollingmo (2002) fremhever reflektert praksis som et sentralt kompetanseområde. Som i Stortingsmelding 26, argumenteres det for at det må legges til rette for utvikling av en reflektert etisk praksis både som individuell ferdighet og som kompetanseområde i tjenesteutøvelsen. Etisk refleksjon er her å se og reflektere rundt mer eller mindre skjulte oppfatninger og verdier i egen tjenesteutøvelse, slik at verdiene kan settes under kritisk debatt. Bollingmo mener at uten innsyn og påvirkning utenfra vil det ofte bli en repetisjon av allerede eksisterende normer og moralverdier i et arbeidsfellesskap. Slike subkulturer kan utvikle seg til å bli farlig fattige. I noen tilfeller kan vi også se en utvikling av overgrepskulturer hvor man ikke er i stand til å se egne overgrep. Det må derfor etableres strukturer og arenaer for formelle møtepunkter. Innsyn, åpenhet og veiledning er en rettsikkerhetsgaranti for at en slik utvikling ikke skal skje.

7.1 Presentasjon av en kompetansemodell

Dersom vi skal konkludere må det være at for å sikre en god eldreomsorg, må helsepersonells kompetanse inneholde følgende komponenter: kunnskap om pleie og behandling (faglighet), kunnskap om hvordan god omsorg ytes (medmenneskelighet – folkeskikk) samt kunnskap om og evne til etisk refleksjon (etisk usikkerhet). Men er det er mulig å lære dette? Vi ser det som sentralt å utvikle et språk for verdier som et alternativ til det økonomiske og vitenskapelige språket som ofte brukes i dag. Et språk for verdier er en forutsetning for en bevisst kritisk

refleksjon over praksis og for å kunne fastsette forsvarlighetsgrenser for tjenestene. Helsepersonell vil alltid stå overfor yrkesetiske dilemmaer. De må derfor ha tilstrekkelig handlingsberedskap for å kunne vurdere de spesifikke situasjoner på en etisk forsvarlig måte.



Figur 7-1 Kompetansemodell (Thygesen og Tønsberg, 2004)

7.2 Anbefalinger og konklusjon

I spørreundersøkelsen nevner elevene konkrete områder hvor de ønsker å få økt sin kompetanse. For Undervisningssykehjemmet i Agder er det viktig at dette blir fulgt opp ved planlegging av videre kompetansehevingstiltak. For andre anbefales det å gjøre en kartlegging av ansattes ønsker og behov før nye prosjekter settes i gang. I tillegg vil nok funnene i denne studien kunne gi en pekepinn på viktige områder. Dersom det er mulig, anbefaler vi at flere fra samme arbeidsmiljø deltar i de samme kompetanseprogrammene. Det kan representere en stor utfordring for en avdeling å sende flere medarbeidere på videreutdanning på samme tid, men det kan tenkes at det på sikt lønner seg å kunne ta en slik belastning. Det gir en ekstra styrke å være sammen om praktisering og formidling av nye ideer.

Hva med de som sluttet? Det foreslås å ha en forventningssamtale i forkant. Det bør nok også sikres jevnlig oppfølging i form av veiledningsgrupper og oppfølgingssamtaler. Fordi mange av elevene ikke er vant med slike studier, bør nok mye av denne aktiviteten være styrt fra ledelsen, slik at det ikke bare er opp til den enkelte å ta kontakt.

Det er viktig å ha tiltak på ulike nivå for å kunne ha noe å tilby til flest mulig ansatte i en avdeling. I forhold til den yrkesgruppa (hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) som deltok i

videreutdanningen, kan eventuelt en alternativ utdanningsmodell som den vi presenterer under punkt 4.1.3 (Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten - EVK), være en bedre løsning enn en mer tradisjonell skoleform. Her reduseres de tradisjonelt ”skolske” kravene samtidig med økt vektlegging på veiledning og etisk refleksjon gjennom obligatoriske samtalegrupper.

Lederens rolle er avgjørende for at deltakerne skal få tid og mulighet til å realisere nye kunnskaper. Det kan for eksempel være å prøve ut nye tiltak overfor pasienter, eller å få tid på et personalmøte til å legge fram det de har lært. Lederen er også sentral med hensyn til å informere om tiltak og i forhold til å ha tydelige rammer både for de som deltar i et program og for de som blir igjen i en avdeling. Dette er nødvendig for å bevare en positiv holdning til kompetanseutvikling blant alle ansatte, også blant de som ikke deltar selv. Alle i et arbeidsmiljø må kjenne til de ulike prosjektene som settes i verk og det må også tilrettelegges slik at det er det ikke blir for store belastninger for de som blir igjen. Ellers er det viktig at de som er negative ikke får for mye oppmerksomhet.

Undervisningssykehjemmet ivaretar i dag flere typer kompetanseheving på ulike nivåer. I denne rapporten har vi stor grad fokusert på et av tiltakene, videreutdanningen i eldreomsorg, som er et relativt tradisjonelt undervisningsopplegg. Det er viktig å presisere at kompetanseheving består av mer enn tradisjonell undervisning. Derfor bør det satses på både fagutvikling med refleksjonsgrupper, lederutvikling og i tillegg mer generell organisasjonsutvikling. Dersom vi skal kunne gi noen anbefalinger på bakgrunn av våre erfaringer, har vi i kompetansemodellen ovenfor presisert 3 områder for satsing: For det første må det satses på en kontinuerlig *faglig oppdatering* i forhold til de konkrete oppgavene helsearbeiderne til enhver tid møter. Videre må det legges til rette for en kontinuerlig refleksjon over *hvordan* omsorgen ytes. Til slutt må ansatte ha nødvendig kompetanse til å *leve med en etisk usikkerhet* knyttet til de dilemmaer som de alltid vil måtte forholde seg til i møte med pasienten. Dette skjer gjennom etisk refleksjon.

Det endelige spørsmålet må da bli: har vi klart å ivareta alle komponentene i kompetansemodellen i Undervisningssykehjemmet? Det har vært et gjort et betydelig løft når det gjelder kunnskap om pleie- og omsorg av eldre og rehabiliteringstrengende. I tillegg er det en større bevissthet omkring verdier og holdninger blant ansatte. Derimot er det gitt for lite mulighet til refleksjon, for eksempel gjennom samtalegrupper. I den nye videreutdanningen (EVK) er dette en prioritert satsning. I dag er det dannet fem veiledede samtalegrupper (å 10 stk) med egne veiledere.

Litteratur

- Asheim, Ivar (1997). *Hva betyr holdninger?* Tana Aschehoug. Otta
- Bergem, Trygve (1994). *Tjener – aldri herre: om lærerutdanningen og yrkesetiske holdninger*. Dr.phil avhandling ved Universitetet i Trondheim, Norsk lærerakademi forlag. Bergen
- Bergland, Ådel og Lærum, Hilde. (1999). *Hvem vil arbeide med eldre?* Vård i Norden. 3/1999, Publ. No 53 Vol.19 No 3 PP 4-10
- Bergland, Ådel og Lærum, Hilde. (2002). *Norske sykepleiestudenters syn på eldreomsorgen som arbeidsplass etter endt utdanning*. Vård i Norden, 2/2002, Publ. No 64 Vol.22 No 2 PP 21-26
- Bjørk, Ida Torunn. (1998). *Norske sykepleierstudenters holdning til eldre – en spørreundersøkelse i ”Fra kunst til kolikk”*. Fagermoen, MS. et al (red) Universitetsforlaget. Oslo
- Bollingmo, Leif. (2002). *Å utøve legalisert tvang*. Geronius 2004/4
- Fossum, Mariann. (1999). *Kompetanse, kompetanseutvikling og arbeidsmiljø hos sykepleiere i sykehjem*. Hovedoppgave ved UiO, Institutt for Sykepleievitenskap. Oslo
- Hofmann, Bjørn. (2002). *Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang*. Sykepleien 2002/17
- Kogan, Natan. (1961). *Attitude toward old people: the development of a scale and examination of correlates*. Journal of Abnormal and Social Psychology, 62,45-54
- Kirkevold, Marit og Kårikstad, Vidar.(1999). *Undervisningssykehjem*. Rapport 1/99. Nasjonalt geriatriprogram 1994-99. Nasjonalt formidlingscenter i geriatri. Bergen
- Kuven, Britt Moene. (2000). *Kronikk: En engel med sorte vinger*. Sykepleien 2000/8
- Lorentsen, Øyvind. (2003). *Livskvalitet på sykehjem*. Geronius 2003/5
- Martinsen, Kari. (1993). *Fra Marx til Løgstrup*. Tano. Oslo
- Nilsen, Arild. (2001). *Det gode liv for de gamle på Sørlandet*. Hovedfagsoppgave i Helsefag, UiO, Det Teologiske fakultet. Oslo
- Nortvedt, Per.(2001). *Omsorgsverdier i helsetjenesten*. Sykepleien 2001/8

Opdahl Mo, Ellen-Sofie. og Opdahl Mo, Tone. ”Hvordan har du de, egentlig?” Sykepleien, 1999

Sosial- og helsedepartementet (I-13/97). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Oslo.

Sosial- og helsedepartementet (1997). *Rett person på rett plass*. Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998-2001. Oslo.

Senge, Peter M. (1999). *Den femte disiplin: kunsten å utvikle den lærende organisasjon* Egmont Hjemmets bokforlag. Oslo

Stortingsmelding nr 50. (1996-97). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt – kvalitet*

Stortingsmelding nr 42 (1997-1998). *Kompetansereformen*

Stortingsmelding nr 26. (1999-2000). *Om verdier for den norske helsetenesta*

Stortingsmelding 31 (2001-2002). *Fra hus til hender*

Sønning, Hildegunn. (2004). *Berøring som lindrende og helsefremmende metode*. s 45-58 i Årbok 2004, Forum for eldreomsorg,

Tønsberg, A. Flaatten. (2000). *Kompetanse på sykehjem*. Publikasjonsserie, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo

Tønsberg, Anne F, Brodtkorb, Kari. (2000). *Kompetanse og kompetansebehov blant hjelpepleiere på sykehjem*, Undervisningssykehjemets rapportserie 1/2000. Oslo

Tønsberg, Anne F., Fegran, Liv og Thygesen Elin. (2002). *Undervisningssykehjemsprosjektet i Agder*. Forskningsserien nr 28. Høgskolen i Agder. Kristiansand

Tønsberg, Anne F. og Thygesen, Elin. (2003). *Kompetanseutvikling i Songdalen kommune 2002/2003*. Skriftserien nr 99. Høgskolen i Agder. Kristiansand

Tønsberg, Anne, og Gabrielsen, Vigdis.(2003). *Rehabilitering i et kommunalt perspektiv*. Studieplan, Tverrfaglig videreutdanning for høgskolepersonell. Kristiansand

Tønsberg, Anne, og Gabrielsen, Vigdis. (2004). *Tverrfaglig videreutdanning*, s 63-68 i Årbok 2004. Forum for eldreomsorg. Kristiansand

Utdannings- og Forskningsdepartementet. (2003). *Kompetanseberetningen*.

Vedlegg 1

UNDERVISNINGSSYKEHJEM

Undervisning, fagutvikling og forskning i den kommunale helse- og sosialtjenesten

NB: Spørreskjemaene i denne undersøkelsen skal leses av en maskin. Bruk svart eller blå kulepenn eller en god blyant. Skriv så tydelig som mulig, og ikke skriv utenom feltene. Setter du kryss i feil rute, skraverer du hele ruta og setter krysset på rett plass.

ANONYMT ID-NUMMER

Bokstavene vi spør etter i dette avsnittet skal brukes til å lage et anonymt ID-nummer, slik at vi kan kople sammen dine svar fra de ulike delene av undersøkelsen dersom det blir aktuelt å komme tilbake med flere spørsmål. Bokstavene vi trenger er **de to første bokstavene i din mors for- og etternavn som ung**, altså før hun giftet seg (første fornavn og siste etternavn om hun hadde flere).

Eksempel på utfylling:

Min mor het **Anne-Mari Løvstad Olsen** som ung. De to første bokstavene i hennes første fornavn var **AN**, og de to første bokstavene i det siste etternavnet hennes var **OL**.
For å bevare min anonymitet bytter jeg om på bokstavene:

Skriv de to første bokstavene i din mors første fornavn og de to første bokstavene i hennes siste etternavn som ung. Rekkefølgen er likegyldig:.....

L A O N

Din anonymitet er sikret fordi du selv velger hvilken rekkefølge du skriver de fire bokstavene i, og fordi vi som behandler data fra denne undersøkelsen ikke har noe kjennskap til din mor. Forsikre deg om at du forstår instruksjonen før du fyller ut de fire feltene nedenfor. Søk hjelp hvis du er i tvil.

Skriv de to første bokstavene i din mors første fornavn og de to første bokstavene i hennes siste etternavn som ung. Rekkefølgen er likegyldig:.....

Vennligst skriv navnet på institusjonen eller distriktet der du arbeider:

Arbeider du i institusjon eller i hjemmebasert omsorg?

Institusjon *).....
Hjemmebasert omsorg *).....

**)NB: Kun ett kryss! Arbeider du både i institusjon og hjemmebasert omsorg, krysser du av for det du arbeider mest med.*

FØR DU GÅR VIDERE: Vennligst kontroller at du har fylt ut alle feltene ovenfor.

Personlige opplysninger

1: Kjønn:

Kvinne....

Mann.....

2: Alder:

 år

3: Hva er ditt yrke ved institusjonen?

Sett bare ett kryss:

Sykepleier.....

Hjelpepleier.....

Pleieassistent.....

Annet personell med direkte beboerkontakt.....

Kjøkkenpersonell.....

Kontorpersonell.....

Renholdspersonell.....

Annet.....

4: Tilsetningsforhold Sett ett kryss, og fyll ut de feltene som passer for deg.

Fast tilsatt → Stillingsandel → Ekstraarbeid/overtid i gjennom-
Midlertidig/vikar med avtale → (i hele prosent) .. → snitt pr. uke (avrund til hele timer)
Bare ekstravakter.....
Annét (forklar i feltet under)

5: Hvis du har mindre enn 100% stilling: Hva er årsaken?

Sett ett eller flere kryss:

Omsorg for egen familie
Full stilling er for stor arbeidsbyrde.....
Helsemessige årsaker
Kombinerer arbeid og uføretrygd.....
Andre årsaker (forklar i feltet til høyre)..... →

6: Arbeidserfaring

Sett ett kryss på hver linje.

	1-6	7-12	1-2	3-5	6-10	11-15	Mer enn
	mond.	mond.	år	år	år	år	15 år
Hvor lenge har du arbeidet ved denne institusjonen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor lenge har du arbeidet i din nåværende stilling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor lang erfaring har du fra lignende arbeid andre steder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har erfaring fra sam- Alders/sykehjem
me type arbeid andre steder: Sykehus.....
Hva slags arbeidsplasser? Hjemmebasert omsorg
Sett ett eller flere kryss. Annet (forklar i feltet til høyre) .. →

7: Skiftarbeid/turnusarbeid

Sett ett kryss:

Bare dagtid Dag + kveld + natt.....
Dag + kveld..... Mest el. bare nattvakter ...
Annen turnusordning (forklar i feltet til høyre) →

8: Yrkesutdanning

Sett ett eller flere kryss:

Ingen spesiell fagutdanning. Annen helsefagutdanning
Hjelpepleierutdanning Sosialfaglig utdanning.....
Sykepleierutdanning Merkantil utdanning.....
Universitetsutdanning.....

Annen fagutdanning (forklar i feltet nedenfor).

9: Har du fremmedspråklig bakgrunn?

Sett ett kryss. Norden Asia Latin-Amerika...
Nei Øvrige Europa.. Afrika Annet (forklar) .. →

10: Hvor har du din grunnutdanning fra?

Sett ett kryss. Asia Hvilket år ble du uteksaminert
Norge Afrika..... fra grunnutdanningen?.....
Norden Latin-Amerika.....
Øvrige Europa..... Annet (forklar) →

19

11: Videreutdanning/spesialisering

Sett ett eller flere kryss:

Har ingen videreutdanning..... Administrasjon/ledelse Pedagogikk/veiledning
Geriatrici..... Økonomi/EDB Annen relevant videreutdanning (forklar)
Psykiatrici

Kompetanse og kompetanseutvikling

1: Kunnskaper og beslutninger

Sett ett kryss på hver linje.

- | | Ja, ofte | Ja, av og til | Ja, men sjelden | Nei, aldri |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Synes du at du får brukt de kunnskapene som utdanningen din har gitt deg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hender det at du må ta beslutninger eller utføre arbeidsoppgaver du etter gjeldende regler og bestemmelser ikke er kvalifisert for? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Er du i arbeidet ditt engstelig for at eventuelle feil kan få alvorlige konsekvenser for beboernes helse eller sikkerhet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2: Hva mener du er det viktigste bidraget til bedret trivsel, livskvalitet, funksjon og helse blant sykehjemsbeboere?

Skriv et 1-tall ved det viktigste, 2-tall ved det nest viktigste osv. Skriv tall i alle fire rutene. Bruk ikke samme tall to ganger.

At personalets kompetanse blir styrket At personalets lønn blir økt At bemanningen blir økt Annet

Forklar din prioritering i feltet nedenfor. Konkretiser hva "annet" kan være.

3: Har du fått tilbud om relevante kompetanseutviklende tiltak det siste året?

Med kompetanseutviklende tiltak menes alle former for organisert aktivitet der formålet helt eller delvis er å styrke deltagerens kunnskaper eller ferdigheter. Sett ett kryss.

Fått tilbud flere ganger
Fått tilbud en gang
Ikke fått noe tilbud

4: Hvor ofte har du deltatt i kompetanseutviklende tiltak på arbeidsstedet ditt det siste året?

Sett ett kryss på hver linje:

- | | 1 eller flere ganger pr. mnd. | 2-5 ganger pr. halvår. | 1-2 ganger i løpet av året | Ikke i det hele tatt |
|--|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. Internundervisning | | | | |
| - ved din post/avdeling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - for hele personalet ved institusjonen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Regelmessig veiledning i gruppe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Regelmessig individuell veiledning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Annet (Vennligst forklar i feltet nedenfor) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5: Hvor mange dager har du deltatt i kompetanseutviklende kurs/seminar utenfor institusjonen det siste året?

Oppgi antall dager i feltet til høyre. Hvis du ikke husker nøyaktig, kan du oppgi et omtrentlig antall dager. Har du ikke deltatt på noen slike tiltak skriver du 0 (null) i feltet.

|

6: Er du for tiden involvert i noen av følgende typer kompetanseutvikling?

Sett ett eller flere kryss:

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Formelt videreutdanningsprogram | <input type="checkbox"/> | Regelmessig veiledning i gruppe | <input type="checkbox"/> |
| Systematisk etterutdanningsprogram | <input type="checkbox"/> | Regelmessig individuell veiledning | <input type="checkbox"/> |
| Klinisk stige-program | <input type="checkbox"/> | Læring av kliniske/praktiske ferdigheter | <input type="checkbox"/> |
| Systematisk internundervisningsopplegg | <input type="checkbox"/> | Annet (vennligst forklar i feltet nedenfor) | <input type="checkbox"/> |

7: Om tilretteleggelsen for din egen faglige utvikling på din arbeidsplass:

Sett ett kryss på hver linje:

- | | 1 eller flere
ganger pr. mnd. | 2-5 ganger
pr. halvår. | 1-2 ganger i
løpet av året | Ikke i det
hele tatt |
|--|----------------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Hvor ofte får du tid til å lese faglitteratur i arbeidstiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hvor ofte får du permisjon med lønn for å gå på eksterne kurs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hvor ofte får du permisjon uten lønn for å gå på eksterne kurs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hvor ofte får du tilbud om å delta i internundervisning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hvor ofte får du tilbud om regelmessig veiledning i gruppe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hvor ofte får du tilbud om regelmessig individuell veiledning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8: Hvordan er kompetanseutviklingen organisert ved din institusjon?

Kompetanseutvikling skjer først og fremst ved... (Sett ett eller flere kryss.)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. deltakelse i eksterne kurs | <input type="checkbox"/> |
| 2. internundervisning | <input type="checkbox"/> |
| 3. veiledning knyttet til praktiske situasjoner og/eller spørsmål jeg møter i hverdagen | <input type="checkbox"/> |
| 4. systematisk karriereplanlegging for meg i samarbeid med ledelsen | <input type="checkbox"/> |
| 5. klinisk stige-program ved institusjonen | <input type="checkbox"/> |
| 6. systematisk fagutvikling rettet mot bedret tjenestetilbud | <input type="checkbox"/> |
| 7. Det er ingen systematiske kompetanseutviklingstiltak ved institusjonen | <input type="checkbox"/> |

9: Hvem er det som hovedsakelig bidrar med kompetansetiltak?

Sett ett eller flere kryss:

Interne krefter:

- lederne
- fagutviklingskonsulent/sykepleier
- kolleger
- lærere tilknyttet institusjonen
- andre (vennligst forklar i feltet nedenfor)

Eksterne forelesere fra...

- høyskole
- sykehus
- universitet
- kommunal opplæringsetat
- annet (vennligst forklar i feltet nedenfor)

10: Synes du at din kompetanse står i et godt forhold til arbeidsoppgavene du har nå?

Sett ett kryss.

- Ja, min kompetanse er akkurat passe
- Nei, jeg er for dårlig kvalifisert
- Nei, jeg er for godt kvalifisert

11: Hvor fornøyd er du med den hjelpen du kan gi beboerne på følgende områder?

Sett ett kryss på hver linje.

	Uaktuelt for min stilling	Svært fornøyd	Fornøyd	Lite fornøyd	Misfornøyd
1. Medikamenthåndtering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ivareta grunnleggende fysiske behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Observasjon og tiltak knyttet til medisinsk tilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Psykiske forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sosiale forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Religiøse, kulturelle og andre åndelige behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Legge til rette for ivaretagelse av behov for nærhet og seksualitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aktivitetsbehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Rehabiliteringsbehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pleiebehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Skape "hjemlige" forhold for beboerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Trygghet og sikkerhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pasientrettigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12: Hvordan vurderer du din kompetanse på følgende områder?

Sett ett kryss på hver linje.

Å hjelpe beboere...

	Uaktuelt for min stilling	Har tilstrekkelig kompetanse	Trenger mer kompetanse
1. med bevegelingsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. med personlig hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. med å delta i sosiale aktiviteter de er interessert i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. med ernærings- eller spiseproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. med tannhelseproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. med vannlatingsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. med avføringsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. til en verdig livsavslutning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. som har nedsatt mental funksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. med å styrke evnen til egenomsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ved å delta i møter med pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ved å skape et trivelig og "hjemlig" miljø	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ved å sørge for godt kosthold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ved å sørge for rene og pene omgivelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ved å sørge for trygge omgivelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. med å ivareta deres rettigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13: Etikk og kommunikasjon

Vurder din kompetanse på hvert av punktene nedenfor. Sett ett kryss på hver linje.

	Har tilstrekkelig kompetanse	Trenger mer kompetanse
1. Forhold som har med taushetsplikten å gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Forhold som har med informasjonsplikten å gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Anvendelse av etiske prinsipper i din praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kunnskap om kommunikasjonens betydning i forhold til...		
A. beboere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. aldersdemente beboere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. beboeres pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. dine kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Velg 3 emner du er interessert i undervisning og diskusjon om:

Sett tre kryss.

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Sykdommer hos eldre | <input type="checkbox"/> | Holdninger til de eldre | <input type="checkbox"/> |
| Psykiske problemer hos eldre | <input type="checkbox"/> | Eldreomsorg i et samfunnsperspektiv | <input type="checkbox"/> |
| Medikamenter, virkninger og bivirkninger | <input type="checkbox"/> | Normale aldringsprosesser | <input type="checkbox"/> |
| Ernæring og eldre | <input type="checkbox"/> | Trivsel/livskvalitet blant eldre i institusjon | <input type="checkbox"/> |
| Aktivisering og arbeidsterapi | <input type="checkbox"/> | Kvalitetssikringsarbeid | <input type="checkbox"/> |
| Arbeidsteknikk for personalet | <input type="checkbox"/> | Fagutvikling | <input type="checkbox"/> |
| Kommunikasjon med pasientene | <input type="checkbox"/> | Annet | <input type="checkbox"/> |
| Pleie av og kontakt med døende | <input type="checkbox"/> | <i>Hvis "annet": Vennligst konkretiser i feltet nedenfor.</i> | |

Vennligst sett et kryss i ruta til høyre dersom du skrev noe i feltet ovenfor.

Dersom kommunen arrangerte et kurs over to kvelder om slike emner, ville du da være interessert i å delta?

Ja

Nei

Usikker

15: Kommentarer til tilretteleggelsen av faglig utvikling for din egen del.

I feltet kan du skrive mer om punktene ovenfor, og om hvordan du mener din faglige utvikling for øvrig blir ivaretatt, og om dine ledere oppmuntrer deg til å delta på kurs eller utvikle deg faglig på andre måter.

Vennligst sett et kryss i ruta til høyre dersom du skrev noe i feltet ovenfor.

Takk for at du ville svare på spørsmålene!

Vedlegg 2

1

Kjære hjelpepleiere og omsorgsarbeidere!

Tusen takk for at du har sagt deg villig til å delta i denne studien.

Det er viktig at du besvarer alle spørsmålene. Det er ingen rette eller gale svar. Det som er viktig er at det er din oppfatning som skal komme frem i hvert spørsmål. Ditt svar skal uttrykke din enighet eller uenighet.

Eldre er i denne sammenheng definert som personer over 65 år.

Svaralternativene er forkortet.
Forkortelsene betyr følgende:

SU = Sterkt uenig

U = Uenig

DU = Delvis uenig

E = Enig

SE = Sterkt enig

Marker med sirkel det svaralternativet som dekker din mening.

(1-3) ID nummer(bruk det du har skrevet på forsiden).....

(4-5) Alder:.....

(6) Mann(1).....Kvinne (2).....

(8)Yrke:.....

(9) Man hører sjelden at eldre mennesker klager over den yngre generasjons oppførsel.

SU U DU DE E SE

(10) De fleste eldre mennesker foretrekker å fortsette i sitt arbeide så lenge de bare kan, istedet for å være avhengig av andre.

SU U DU DE E SE

(11) De fleste eldre mennesker er i stand til å tilpasse seg når situasjonen krever det.

SU U DU DE E SE

(12) Mennesket blir klokere ettersom det blir eldre.

SU U DU DE E SE

(13) Når man tenker på det så har jo eldre mennesker de samme feil som alle andre.

SU U DU DE E SE

(14) Eldre mennesker burde ha mere makt i forretningslivet og i politikken.

SU U DU DE E SE

(15) De fleste eldre har en tendens til å holde seg for seg selv og bare gi råd når de spørres direkte.

SU U DU DE E SE

(16) Det er dumt å hevde at visdom kommer med alderdommen.

SU U DU DE E SE

(17) De fleste eldre kjeder andre ved stadig å snakke om "de gode gamle dager".

SU U DU DE E SE

(18) De fleste eldre bruker altfor mye tid til å snuse i andres saker og gi råd uten å være bedt om det.

SU U DU DE E SE

(19) De fleste eldre mennesker er etablert i vaner som de ikke klarer å endre.

SU U DU DE E SE

(20) De fleste eldre klager ustoppelig på den yngre generasjons oppførsel.

SU U DU DE E SE

(21) De fleste eldre får en til å føle seg ille til mote.

SU U DU DE E SE

(22) De fleste eldre er muntre, behagelige og i godt humør.

SU U DU DE E SE

(23) For å opprettholde et godt boområde er det best at ikke for mange eldre bor der.

SU U DU DE E SE

(24) En av de mest interessante og underholdende kvaliteter hos eldre mennesker er deres beretninger om tidligere opplevelser og erfaringer.

SU U DU DE E SE

(25) De fleste eldre mennesker lar sine hjem forfalle og bli lite pene.

SU U DU DE E SE

(26) Eldre mennesker som forventer å bli likt må først og fremst kvitte seg med sine irriterende feil.

SU U DU DE E SE

(27) Det ville antagelig være best om de fleste eldre bodde i boligområder med mennesker på sin egen alder.

SU U DU DE E SE

(28) De fleste eldre er virkelig ikke anderledes enn andre; de er like lette å forstå som yngre mennesker.

SU U DU DE E SE

(29) De fleste eldre mennesker er svært avslappende å være sammen med.

SU U DU DE E SE

(30) De fleste eldre mennesker er irritable, grinete og ubehagelige.

SU U DU DE E SE

(31) De fleste eldre mennesker burde bry seg mere med sitt utseende; de er altfor lite velstelt.

SU U DU DE E SE

(32) Det er noen få unntak, men generelt sett så er eldre mennesker ganske like.

SU U DU DE E SE

(33) De fleste eldre mennesker trenger ikke mere kjærlichkeit og omtanke enn noen andre.

SU U DU DE E SE

(34) De fleste eldre mennesker synes å ha et rent og pent utseende.

SU U DU DE E SE

(35) De fleste eldre ville foretrekke å slutte i sitt arbeide så fort de kan få sin pensjon eller deres barn kan forsørge dem.

SU U DU DE E SE

(36) Gamle mennesker har for mye makt i forretningsverdenen og i politikken.

SU U DU DE E SE

(37) De fleste eldre mennesker gjør urimelige krav på kjærlichkeit og omtanke.

SU U DU DE E SE

(38) Man kan regne med at de fleste eldre mennesker opprettholder et rent og pent hjem.

SU U DU DE E SE

(39) Det ville antageligvis være best om de fleste eldre bodde i boligområder hvor det også bor yngre mennesker.

SU U DU DE E SE

(40) Det er innlysende at de fleste eldre mennesker er svært forskjellig fra hverandre.

SU U DU DE E SE

(41) Eldre mennesker er anderledes enn andre; det er vanskelig å vite hva som egentlig rører seg i dem.

SU U DU DE E SE

(42) Du kan regne med å finne et hyggelig boligområde når det er et forholdsvis stort antall eldre mennesker som bor der.

SU U DU DE E SE

(43-45) Plasser en X på denne linjen i samsvar med det antall eldre du tidligere har hatt erfaring med. (Inkluder ikke erfaringer med eldre i løpet av din sykepleierutdanning)

 (30) SVÆRT MANGE (15) INGEN (0)

(46-48) Plasser en X på denne linjen i samsvar med hvordan du vil beskrive dine tidligere erfaringer med eldre.

 SVÆRT POSITIVE NØYTRAL SVÆRT NEGATIV

(49-51) Hvis du tidligere har bodd sammen med en eldre person, vær vennlig å tegn en sirkel rundt det relevante slektskapsforholdet til denne(disse) personen(e).

Bestemor(1)

Bestefar(2)

Tante(3)

Onkel(4)

Andre(5), vær vennlig å indikere slektskapsforholdet_____

(52) Gir du for tiden omsorg til en eldre slektning?
 (eksempler på omsorg: handle, transportere, besøke, hjelpe i huset osv.)

Nei(1)

Ja, daglig(2)

Ja, ukentlig(3)

Ja, månedlig(4)

(53-55) Slektskapsforholdet til denne/disse personene er:

Ikke aktuelt, jeg gir ikke omsorg til noen(1)

Mor(2)

Far(3)

Bestemor(4)

Bestefar(5)

Tante(6)

Onkel(7)

Andre(8), vær vennlig å indikere slektskapsforholdet _____

(63-65) Sett under ett ved din skole, hvordan vil du beskrive undervisningspersonalets holdning til eldre?



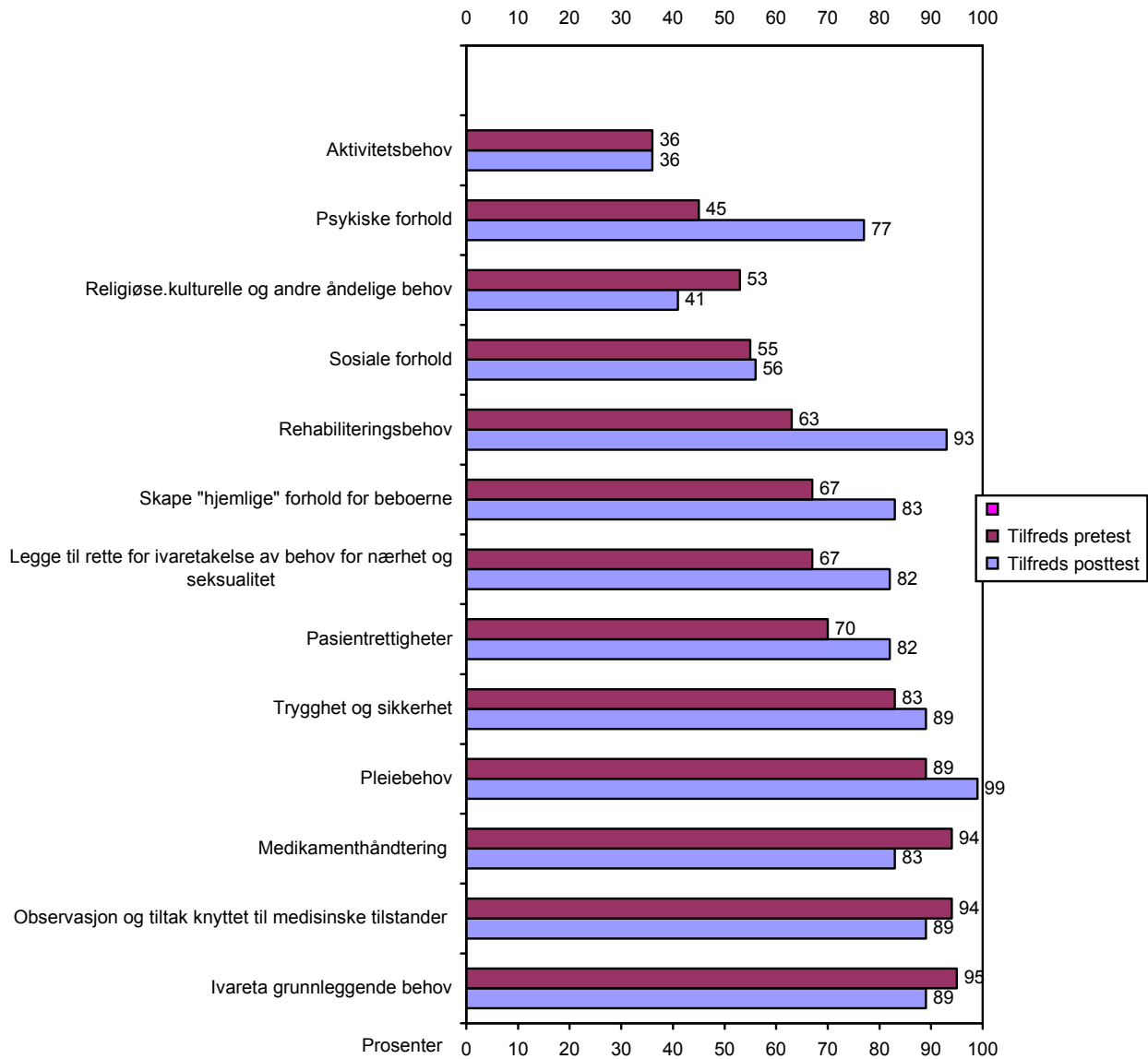
(66) Den pasientkategorien jeg foretrekker å arbeide med er:

- Barn(1)
- Voksne(2)
- Eldre(3)

(67) Hva er din oppfatning av det norske samfunnets verdsetting av eldre? (Baksiden av arket kan også brukes)

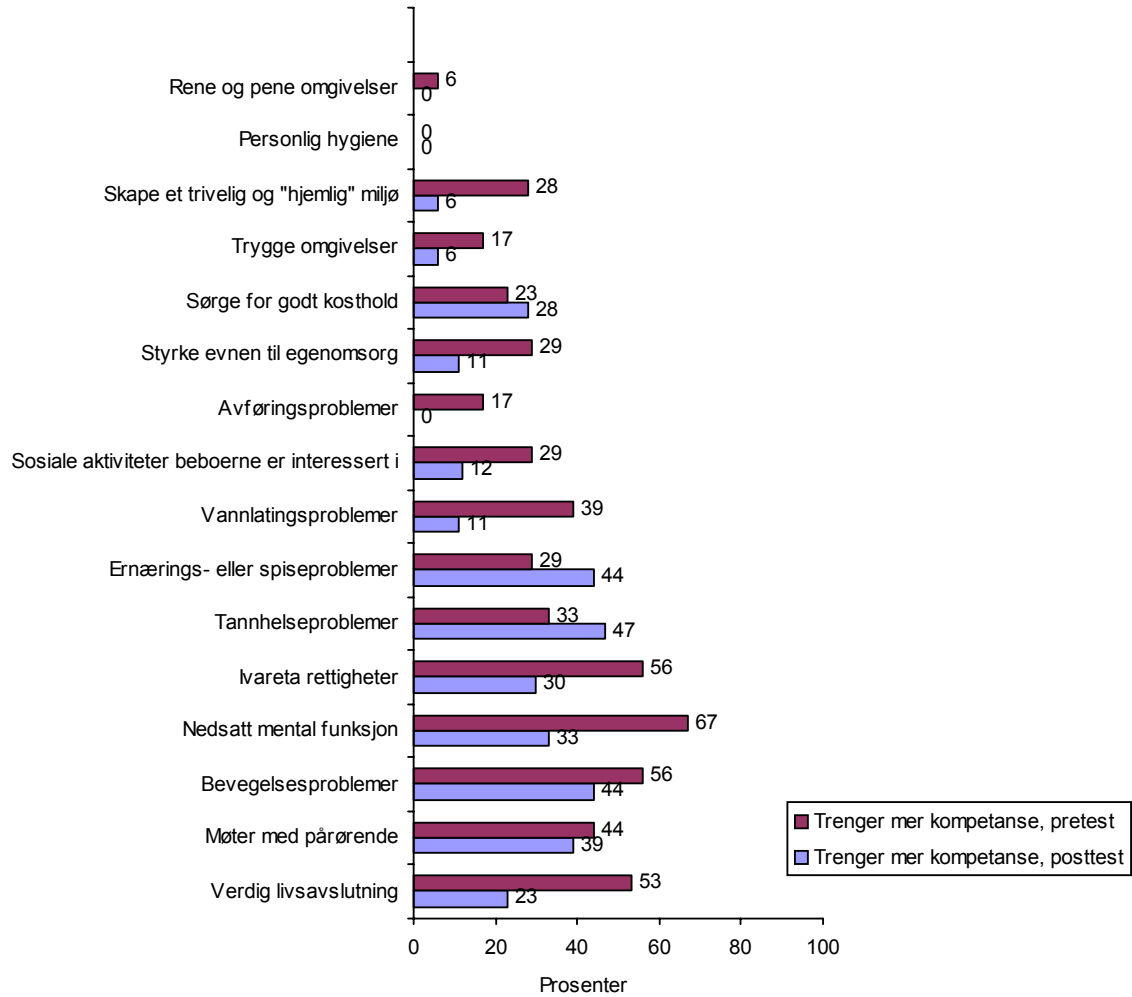
Vedlegg 3

Prosentvis andel av ansatte som er tilfreds med ulike arbeidsområder, pre- og posttest



Vedlegg 4

Områder i henhold til behov for økt kompetanse, pre- og posttest



Vedlegg 5

Ønske om undervisning, pre- og posttest

