

Kompetanseutvikling i sykehjem ansattes perspektiv

Trine Kopperud Brenden, Anne Julie Storheil , Ellen Karine Grov og Siri Ytrehus

Trine Kopperud Brenden Lier Kommune

Anne Julie Storheil Lier kommune

Ellen Karine Grov, Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag

Siri Ytrehus, Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag

Sammendrag

Denne artikkelen handler om kompetanseutvikling i sykehjem og baserer seg på en intervjuundersøkelse med ansatte ved to sykehjem. Resultatene viser at de ansatte lærer av hverandre på uformell basis. Imidlertid tyder studien på manglende systematikk i kompetanseutviklingen. Det er mange tilbud om kurs, men innholdet samsvarer ikke med de ansattes og sykehjemets behov slik ansatte ser det. Internundervisningen er ikke tilstrekkelig med tanke på å nå alle ansattes behov. Kunnskapskilder er ikke tilgjengelig, og kommunikasjonskanaler, motivasjon, belønning og medbestemmelse syntes ikke ivaretatt som middel for kompetanseutvikling. De ansatte kjenner ikke til om sykehjemmene har mål og planer for kompetanseutvikling. Det kreves et bredt spekter av tilnærminger for å skape positiv kompetansekultur og kontinuerlig fokus på kompetanseutvikling. Denne studien gir grunn for å framheve betydningen av vekt på utvikling av formelle strukturer for kompetanseutvikling, kartleggig av kompetansebehov, lokale kompetanseplaner og ledelse av kompetanseutviklingsarbeidet.

Referee *

Nøkkelord

Sykehjem, kompetanseutvikling, helsepersonell

Innledning

Denne artikkelen baserer seg på en studie av kompetanseutvikling blant ansatte på sykehjem, sett fra de ansattes perspektiv. I dag legges det stor vekt på livslang læring. Lærende organisasjoner er et begrep som brukes om alle arbeidsplasser og henspeiler på at kunnskap må oppdateres (Hagen og Skule 2008). I velferdsstatens tjenesteytende yrker legges det vekt på kontinuerlig kompetanseutvikling for å møte brukernes behov for helsetjeneste, både ved at

arbeidsplassen blir en arena for kontinuerlig læring og utvikling, og ved videre- og etterutdanning (Blåka og Filstad 2007). Innen eldreomsorgen relateres opplæringsbehov både til brukernes behov, til behovet for rekruttering og til ansattes behov for utvikling (Ytrefhus og Nuland 2007). Handlingsplan for eldreomsorgen og Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2003; Helse- og omsorgsdepartementet 2006) gir retningslinjer for kvalitet og innhold i helsetjenesten til eldre. Etter kommunehelsetjenestelovens §§ 6-1 og 6-2 plikter kommunen å sørge for at de ansatte får undervisning og praktisk opplæring for å opprettholde og videreutvikle kompetanse (Sosial- og helsedepartementet 1982). Kommunene plikter også å ansette kvalifisert personale og sikre faglig forsvarlig kvalitet på tjenesten (Sosial- og helsedepartementet 1997; Sosial- og helsedirektoratet 2004). Dette skal sikres ved rutiner, prosedyrer og rapporteringer. Imidlertid har helsepersonell selv også en forpliktelse til å delta i opplæring.

Sykehjemmet

Omsorgstjenesten har totalt mer enn 200 000 brukere. Det bor 42 129 personer over 67 år på sykehjem, og disse er fordelt på 1000 institusjoner (Statistisk sentralbyrå 2009). Resten mottar helsetjenester i eget hjem eller i omsorgsbolig. Det antas at antall eldre over 80 år innen år 2030 fordobles og vil nå nesten 350 000. Innen 2050 vil antallet være 500 000 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at gjennomsnittspasienten ved norske sykehjem er over 84 år og har fire aktive diagnoser. Høy alder og samsykdommer (komorbiditet) medfører at pasientene trenger tett oppfølging fra helsepersonell. Ca. 70 % av pasientene som er innlagt i sykehjem, er aldersdemente (Bakke 2004). Personer med denne diagnosen krever spesialisert kompetanse om eldre og aldring, spesielt innenfor kroniske og sammensatte lidelser, demens og psykiske problemer (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Systematisk fokus på kompetanse og kompetanseutvikling hos både ansatte og ledelsen ved sykehjem er derfor nødvendig.

Sykehjemmene har vært gjenstand for flere reformer og har endret rolle og funksjon mange ganger. Dagens trend er at eldre blir utskrevet tidligere fra sykehus. De har ofte flere og komplekse sykdommer. Samtidig er det et mål at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig. Derfor er de som legges inn på sykehjem, sykere og mer pleietrengende enn før. Nye spesialfunksjoner, som rehabilitering, korttidsopphold og avlastningsopphold, er kommet inn i behandlingsavdelingene. I tillegg er det økt oppmerksomhet på at sykehjemmene skal fungere som et hjem. Denne målsetningen innebærer krav om særskilt kompetanse i miljøarbeid for å ivareta de sosiale dimensjonene. Alle disse forholdene gjør at det stilles store kompetansekrav til de ansatte og ledelsen ved sykehjemmene. Arbeidsgiver og arbeidstaker må gjensidig tilstrebe å legge til rette for læring og kompetanseutvikling. Alt dette krever at pleie- og omsorgspersonale ved sykehjem er oppdatert, og at kommunen har etablerte rammer for opplæring i form av kompetanseplaner.

Om læring på arbeidsplassen

Kompetansebegrepet kan avgrenses og defineres på ulike måter og oppfattes som et flerdimensjonalt begrep (van Krog og Roos 1996), der både kunnskap, ferdigheter, evner og muligheter kan inngå som aspekt. Forholdet mellom kunnskap og kompetanse er komplekst. Kunnskap tenker vi gjerne på som et fast lager som kan tas i bruk i ulike situasjoner. En vanlig avgrensning av kompetanse er å si at kompetanse, i motsetning til kunnskap, relaterer seg et spesifikt praksisfelt. Kompetanse har å gjøre med samfunnets krav til enkeltindivider,

særlig i arbeidslivet. Det sees gjerne i sammenheng med oppgaver og en spesifikk arbeidsorganisasjon og har å gjøre med individers eller organisasjoners evne til å løse spesifikke oppgaver. Det er vanlig å skille mellom formal- og realkompetanse. Formalkompetanse refererer seg til gjennomførte utdanningsløp, mens realkompetanse er den kompetansen som individet faktisk innehar.

Det er viktig å skille mellom uformell og formell læring når man snakker om kompetanseutvikling i en organisasjon. Argyris og Schön (1983) betrakter læring som nødvendig fordi organisasjonen og dens medlemmer er i stadig utvikling. Gotvassli (2007) anser læringsprosessen som en del av den sosiale praksis på arbeidsstedet. Dette er noe som pågår hele tiden, helt uavhengig av om læringen er tilsiktet eller ikke. Den uformelle læringen er implisitt, og foregår gjennom arbeidspraksisen og utfordringer som dukker opp i forbindelse med den. På et sykehjem vil det finnes et mangfold av arenaer for læring, deriblant de daglige møtene med pasienter og pårørende. Det ideelle vil, ifølge Illeris, Caffarella og Baumgartner (2006), være å innlemme kunnskapen fra uformell læring i andre rutiner. Det er i utgangspunktet arbeidsgivers ansvar å legge opp til at arbeidet er av en slik art at det skapes faglig utvikling for flest mulig ansatte. Arbeidsgiver må legge til rette for både uformell og formell læring og legge opp til formelle opplæringsplaner slik at det finnes en innarbeidet praksis i institusjonen for kompetanseutvikling (Døvigen, Ure, Tobiassen og Hertzberg 2006). Formell læring er planlagt og kan skje enten i regi av eksterne kurs, utdanningsinstitusjoner eller på arbeidsplassen i samarbeid med profesjonelle aktører (Lai 2008).

Læring i arbeidslivet dreier seg altså om læring hos voksne. Denne voksenlæringen består i å gjøre seg kjent innenfor et område man har interesse for, er avhengig av og under påvirkning av. På denne måten kan man selv bli i stand til å påvirke, tilpasse og endre forhold ved arbeidsplassen (Moxnes 2000; Knowles, Holton og Swanson 2005). Behovet for læring kan sees i sammenheng med dagens eksplosive tempo i kunnskapsakkumuleringen, og dermed en like rask foreldelse av mye skolelært kunnskap (Moxnes 2000). Begrepet "livslang læring", også kalt tilbakevendende læring, er ikke nytt, men henspeiler på nødvendigheten av tilbakevendende, formell utdanning utenfor arbeidsplassen, i tillegg til den uformelle og formelle læringen som skjer på arbeidsplassen (Moxnes 2000).

Kim (1993) bruker "individuell læring" som metafor for å forstå hvordan organisasjoner lærer. Videre hevdes det at læring i organisasjoner må bygge sin grunn på samarbeid, handling og interaksjon mellom individene i organisasjonen, og handling og interaksjon på høyere nivå, som departement, divisjoner og grupper av ledere. "Med mindre disse kriterier tilfredstilles, kan den ikke medvirke til kunnskap som er brukbar for praktikere i organisasjonen, eller forklare fenomener som begrenser læring i organisasjonen" (Argyris og Schön 1996, s. 190). Argyris og Schön (1996, s. 28) mener at elementer som kommunikasjonskanaler for diskusjon og debatt, informasjonssystemet, miljøet i organisasjonen, prosedyrer og rutiner angående samarbeid og belønningssystemer alle vil innvirke på viljen og motivasjonen til å utforske og lære. Disse faktorene må være til stede for at læring kan skje. Slike strukturer omtaler Argyris og Schön som "igangsetterere". Sammen vil de strukturelle grunntrekk og miljøet (kulturen) gjøre det mer eller mindre sannsynlig at avgjørende spørsmål vil tas opp og dilemmaer komme fram eller holdes privat (Argyris og Schön 1996).

March og Olsen (1975) peker på sammenheng mellom individuell læring og organisasjonslæring ved at endring på individnivå vil føre til endring på organisasjonsnivå.

Det vil igjen føre til påvirkning av miljøet, som igjen vil føre til ny læring. Dette mener de vil gjenta seg igjen og igjen. Mye av læringen som vanligvis foregår i organisasjoner, kritiseres av Argyris og Schön (1983) for det de kaller enkelkretslæring (single-loop learning). Det er læring som dreier seg om å rette opp avvik fra bestemte standarder. Dersom man setter spørsmålsteget ved selve standarden/rutinen og finner den lite formålstjenlig, er man over på det de beskriver som dobbelkretslæring (double-loop learning). Ifølge Argyris og Schön (1983) vil ikke det å fremme enkelkretslæring bidra til grunnleggende endring i individets forståelse og handlingsmønster. Læringen skjer bare hos enkeltmedlemmer. For at dobbelkretslæring skal skje, må de styrende verdier endres (Argyris og Schön 1996). Dette kan ses i sammenheng med arbeidet i sykehjem, hvor arbeidet er definert i rutiner og skal ha en viss standard. Rutinene skal sikre kvaliteten som er definert i Kvalitetsforskriften, og at standarden er faglig forsvarlig. Faglig forsvarlighet må hele tiden sikres av personale og krever derfor gode oppdaterte kunnskaper og refleksjon over eget arbeid (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Felles for de ulike teoretikere det her vises til, er at de legger vekt på individuell læring og læringskultur som avgjørende for om organisasjonen lærer, og at dette skjer både på godt og vondt, uansett om det er tilsiktet eller ikke (Argyris og Schön 1996; Kim 1993).

Malmedal, Ingebrigtsen og Saveman (2009) har studert personalet ved norske sykehjem og påviser utilfredsstillende omsorg. Studien viser at de eldste blant personalet og de med lengst erfaring observerte flere tilfeller av utilfredsstillende omsorg av fysisk karakter. Når det gjelder kompetanseutvikling i sykehjem, omhandler mange studier arbeidsbyrde, stress og jobbtilfredsstillelse for ansatte som arbeider i sykehjem (se f.eks. Morgan, Semchuk, Stewart og D'Arcy 2002; Hasson og Arnetz 2008), og kontroll over eget arbeid (Karsh, Booske og Sainfort 2005). Andre har sett på sammenhengen mellom ansattes arbeidssituasjon og den betydningen den har for pasientene (Hannan, Norman og Redfern 2001).

Mange ulike forhold kan ha betydning for ansattes kompetanseutvikling. Det er studert tiltak for å øke selvfølelsen hos ansatte i sykehjem (Wadensten, Engström og Häggström 2009). Det er gjort studier om individuell læring i institusjoner, for eksempel hvordan sykepleiere tilegner seg ferdigheter (Bjørk 1999). Her framheves betydningen av tidlig korrigerende og refleksjon over handling. Videre er det beskrevet hvordan systematisk opplæring ved sykehjem kan øke kompetansenivå og anseelse der (Kirkevold 2008). Bruken av et spesifikt veiledningsprogram – Marte meo-metoden – i sykehjem er også studert (Hansen og Ytrehus 2011). Denne metoden kan ha positiv betydning med tanke på å møte særskilte samspillutfordringer, men kan ha ulik betydning på ulike arbeidsplasser. Lekan, Hendrix, McConnell og White (2010) viser i sin studie til at implementering av forskning i praksis med fordel kan gjøres i form av flere tilnæringer, både klasseromsundervisning, instruksjon ved avdelingen og i kliniske pasientsituasjoner. Integreringen av disse tilnærmingene for opplæring i kliniske situasjoner rettet mot håndtering av sammensatte sykdomstilstander, viser seg å være godt egnet for ansatte som arbeider med eldre. I tillegg framheves nødvendigheten av sosial relasjon mellom medlemmene i organisasjonen og tydelig lederskap (Lekan mfl. 2010). I vår studie er hensikten å studere kompetanseutvikling ved sykehjem sett fra ansattes synsvinkel. Studien har følgende forskningsspørsmål:

Hvordan vurderer de ansatte kompetansebehovet og egen kompetanse?

Hvordan beskriver og vurderer de ansatte kompetanseutviklingen som skjer ved sykehjemmet?

Metode

Kvalitativ design ble valgt fordi det er velegnet for utforskning av menneskers erfaringer, opplevelse, verdier, tanker, motiver og samhandlinger (Malterud 2003). Vi valgte individintervju eller samtaleintervju som datainnsamlingsmetode.

Rekrutteringsprosessen

Ansatte ved kommunens tre sykehjem ble invitert til å delta i studien. Deltakerne til intervjuet ble rekruttert gjennom virksomhetslederne. Ved to av sykehjemmene ga virksomhetslederne tilbakemelding om interesse for studien. Inklusjonskriteriene var: fast ansatt i 50 prosent stilling eller mer og med utdanning innen helsefag. Med utdanning forstås her videregående skole eller høyskole. Dette kriteriet ble vektlagt fordi målet var å rekruttere ansatte med utdanning innen aktuelle områder. Videre ønsket vi at informantene skulle ha en fast tilhørighet til sykehjemmet og ekskluderte dermed personer som jobbet på timebasis. De som ønsket å delta, meldte selv fra til oss.

Utvalget

Studien omfatter data fra 14 informanter likt fordelt på de to sykehjemmene. Det ene sykehjemmet hadde en palliativ enhet tilknyttet sykehjemmet. Seks av informantene hadde fagutdanning fra videregående nivå, og åtte hadde høyskoleutdanning. Dermed var det ikke en ensartet gruppe vi intervjuet. Av de fagutdannede hadde én videreutdanning i psykisk helsearbeid/psykiatrisk sykepleie, og ytterligere én var under slik videreutdanning. En høyskoleutdannet hadde også videreutdanning i psykisk helse. To andre hadde påbegynt en videreutdanning i regi av daværende arbeidsgiver i et interkommunalt samarbeid. De øvrige hadde tatt videreutdanningen på eget initiativ. I gruppen var det flere med ansvar for den faglige oppdateringen ved sykehjemmene.

Gjennomføring av intervjuene og transkribering

Intervjuene ble gjennomført ved sykehjemmene i egnet lokalitet slik at vi unngikk forstyrrelser. Intervjuene varte omkring en time. Informantene var engasjerte og opptatt av temaet vi hadde valgt for studien. Intervjuene ble gjennomført som åpne samtaleintervju ved bruk av intervjuguide. Transkriberingen ble gjort så kort tid som mulig etter at intervjuene var gjennomført. Dette gikk som en parallell prosess med gjennomføringen av de andre intervjuene. Transkripsjonene av de foregående intervjuene var lærerike for de påfølgende. Intervjuguiden inneholdt følgende hovedelementer:

- oppfatning av egen kompetanse
- hvilke formelle strategier for kompetanseutvikling som foreligger ved arbeidsstedet, slik de ansatte ser det
- hvilke uformelle læringsformer som finnes ved arbeidsstedet

Analyseprosessen

Den valgte metoden i analysearbeidet er inspirert av vitenskapsfilosofen De Giorgies fenomenologiske analysemetode, også kalt systematisk tekstkondensering (Malterud 2003). Den systematiske tekstkondenseringen ble foretatt i fire trinn: I det første trinnet gjorde vi oss kjent med materialet, hvor helhetsinntrykket var det viktigste. På dette trinnet identifiserte vi sentrale temaer. Framtredende temaer vi så i første omgang, var for eksempel ”for få hender”, ”for liten tid” og ”organisatoriske problemer”.

I trinn to ble disse temaene kategorisert, og kategoriene ble brukt som veivisere for ytterligere gjennomgang av den transkriberte teksten.

I det tredje trinnet hentet vi ut mening i temaene på en systematisk måte. Dette kalles dekontekstualisering. Hvert meningsbærende tema i hver kodegruppe ble analysert. Materialet ble så sortert i to hovedgrupper: ”Behov for kompetanseutvikling” og ”Tilnæringer til kunnskapsoppdatering og kompetanseutvikling”.

På det fjerde og siste trinnet sammenfattet og validerte vi temaene opp mot helheten. Dette kalles rekontekstualisering. Innholdsfortegnelse for hver kodegruppe med basis i de kondenserte tekstene og i utvalgte sitater ble utviklet. Sentralt i denne fasen var å vurdere om resultatet fortsatt var gyldig beskrevet ut fra sammenhengen det var hentet fra. Vi gikk så tilbake til de meningsbærende enheter og hentet utvalgte sitater som best beskrev de nyanser og detaljer som teksten omfattet (Jacobsen 2000).

Etiske overveielser

Prosjektet ble godkjent av ledelsen for de aktuelle sykehjemmene. Siden informantene var personale ved sykehjemmene og myndige, var det ikke påkrevet med søknader om tillatelser til formelle institusjoner som regionale etiske komiteer (SPREK). En muntlig henvendelse ble allikevel rettet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for avklaring og rutiner for sletting av data. Anbefalingene er blitt fulgt.

Prosjektet ble presentert i et informasjonsskriv med beskrivelse av bakgrunn for og hensikt med prosjektet, metodisk tilnærming, analysemetode og publiseringsform. Mulige fordeler og ulemper ved deltakelse var redegjort for, samt hva som ville skje med informasjonen vi fikk inn, og hvordan anonymiseringen ville bli gjort. Frivillighet ble presisert og mulighet til å trekke seg fra studien etter avgitt samtykke. Deltakerne ga skriftlig samtykke til deltakelse.

Det var få ulemper ved deltakelse i denne type studie. Vi kan likevel ikke se bort fra at deltakere ville føle seg forpliktet til å delta eller at de ville være tilbakeholdne med synspunkt som kunne oppfattes som kritikk av institusjonen. Kanskje kunne dette særlig være tilfelle når henvendelsen om deltakelse kom fra deres leder. Inntrykket intervjuene gav, tydet imidlertid ikke på at dette var tilfelle. De ansatte satte pris på muligheten som deltakelsen ga til å komme med synspunkt på kompetanseutvikling på arbeidsplassen.

Resultater

Behov for kompetanseutvikling

Deltakerne i denne studien framhevet alle at et særegent trekk ved det å arbeide på sykehjem var nødvendigheten av bred kompetanse. De pekte på at pasientene har mange behov, og at ansattes kompetanse må gjenspeile dette.

Intervjuene tydet på at det var stort spenn i vurderingen av egen kompetanse. Noen mente de kunne det som var nødvendig, mens andre hadde en mer reflektert holdning til læringsbehov og livslang læring. Informantene selv skilte mellom generell kompetanse og spesialisert kompetanse. De fleste mente de hadde god generell kompetanse. På den andre siden viste de til en utvikling med stadig sykere pasienter. Pasientene er ikke ferdig behandlet når de kommer fra sykehus. Denne utviklingen krever spesialisert kompetanse. I intervjuene framhevet de flere spesifikke områder der de mente at de manglet kompetanse. Dette kunne være nye prosedyrer eller bruk av nytt medisinsk-teknisk utstyr.

Informantene gav i varierende grad uttrykk for motivasjon for deltakelse på kompetansehevingstiltak, men de fleste uttrykte en positiv holdning til å lære noe nytt. Noen framhevet også egen plikt til å oppdatere seg.

Det går noen år, så glemmer en mye, en må kanskje ha litt påfyll. Jeg gikk et demenskurs for mange år siden, det blir nye ting, ting som vi hadde godt innarbeidet som yngre, det er jo ikke sånn lenger.

Deltakerne mente at kompetanseutvikling er viktig, selv om ikke alle vektla dette i like stor grad. De er ikke utlært en gang for alle. Nye krav kommer til. Gammel kunnskap kan bli glemt når de ikke får mulighet til holde den ved like.

Tilnærminger til kompetanseutvikling

Intervjuene viste ulike framgangsmåter som anvendes i større og mindre grad i kompetanseutviklingen. Det handlet om interne, både uformelle og formelle, virkemidler som kollegalæring, bruk av kunnskapsbaser, internundervisning og eksterne tilbud som kurs og videre- og etterutdanning.

Kollegalæring

Informantene refererte til at læring først og fremst skjer i fellesskap. De poengterte at den aller viktigste måte å lære på er å lære av hverandre. Flere sa de foretrakk å tilegne seg aktuell kunnskap når behovet meldte seg. Deler av den kunnskapsutviklingen de fortalte om, var derfor situasjonsspesifikk.

Hjelpepleierne, i større grad enn sykepleierne, framhevet at dette er et viktig virkemiddel. Flere av hjelpepleierne fortalte at de benyttet sykepleiere som kilde for oppdatering, spesielt gjaldt dette de som hadde lang praksis og erfaring.

Veiledning

Intervjuene tyder på at veiledning og refleksjon som systematisk virkemiddel for læring i liten grad er benyttet. Ingen sa at det var satt av tid til veiledning eller refleksjon. Flere av informantene med lang erfaring fra sykehjem mente at bruken av systematisk veiledning var mer vanlig tidligere. En av sykepleierne med fem års ansiennitet hadde tidligere deltatt i et systematisk veiledningsopplegg. Hun savnet dette nå. I dag er det, ifølge henne, ikke tatt hensyn til behov for veiledning i sykehjemets budsjett.

Det er vanskelig å få veiledere. Det er vanskelig å erstatte deg når du skal gå fra jobb. Da er det vanskelig og ikke penger til det.

Imidlertid nevnte mange såkalte kardexmøter som arenaer for veiledning. Kardexmøter er møter der pasientenes status, endringer i medisiner og behandling gjennomgås. Disse møtene gir mulighet til å ta opp spørsmål angående de enkelte pasientene. Noen refererte også til personalmøter, hvor de la fram problemer som alle kan diskutere. Imidlertid ga intervjuene inntrykk av at det som skjedde ved disse anledningene var rådslagning kollegaer imellom, heller enn veiledning. Veiledning som systematisk planlagt pedagogisk virksomhet var derfor ikke til stede.

Vanskelige ting tar vi opp med sykepleier, ellers så har vi jo såkalte personalmøter hvor vi kan legge frem problemer, som vi alle kan sitte sammen og diskutere.

Dette viser at både kardexmøter og personalmøter er viktige arenaer for læring og kompetanseutvikling, selv om intervjuene tyder på liten systematikk omkring veiledning for øvrig.

Bruk av ulike kunnskapskilder

Noen deltakere fortalte at de leste fagbøker og fagartikler, og flere av sykepleierne svarte at de leste artikler i eget fagblad. Inntrykket fra intervjuene var likevel at det var få som aktivt søkte kunnskap i litteratur. Noen hadde gått til innkjøp av litterære hjelpemidler som Medisinsk ordbok og leksikon. Ingen sa at arbeidsplassen hadde kjøpt inn ny faglitteratur på arbeidsplassen.

Intervjuene tyder på at det ikke var noen sterk tradisjon for kunnskapsinnhenting fra ulike eksterne kilder. Enkelte av deltakerne brukte Internett til faglig oppdatering. En kjente til ulike kunnskapsbaser fra utdanningen sin. Hun husket ikke hvordan kunnskapsbasene skulle brukes, bortsett fra de som nås via Helsebiblioteket. Andre kjente også til disse databasene, men påpekte manglende tilgang på jobben.

På spørsmål om de kunne bruke arbeidstiden til oppdatering, svarte de fleste at de ikke trodde de kunne det eller at dette måtte avklares med virksomhetsleder. Bare noen få mente de kunne gjøre det i arbeidstiden. De refererte til at faglig oppdatering er lovpålagt og mente det handlet om prioritering i arbeidsdagen.

Internundervisning

Intervjuene viser at det foregikk noe internundervisning, og at de ansatte tillia denne undervisningen betydning. Både personalmøter, pauser og lunsj ble brukt til dette formålet. Deltakerne fra den ene institusjonen refererte til en fast struktur for internundervisningen. En sykepleier fortalte at internundervisningen egentlig skulle være en gang pr. uke, men at den ofte måtte vike for andre gjøremål. Undervisningen skulle være forståelig i et enkelt språk.

Det går på at det skal være lett forståelig da. Det går på sykdom. Forståelig og etikk og holdninger.

Intervjuene fra den andre institusjonen tydet imidlertid på at det manglet et fast opplegg og en fast struktur for denne undervisningen. På begge institusjonene var det faste personer som hadde formelt ansvar for innholdet og gjennomføringen, men intervjuene tydet på at det var utfordringer med gjennomføringen. Flere pekte på at det manglet et system for å identifisere læringsbehov for internundervisning.

Jeg hang opp en lapp hvor de skulle skrive hva de ønsket, men det var ikke én tilbakemelding. Jeg skal ikke sitte der og finne ut hva de trenger oppdatering på, det må de komme på sjøl.

En av utfordringene når det gjaldt internopplæring begge steder, var at det kun var de som var på jobb, som deltok. Undervisningen foregikk i hovedsak på dagtid. Deltakerne beskrev manglende mulighet til å få fri eller lønn for å gå på kurs og internundervisning. Dette medførte at de måtte være fleksible og bruke fritiden, og det var ikke alle innstilt på.

Eksterne kurs

Alle refererte til at det var mange tilgjengelige kurstilbud, som de ble informert om på en tavle i vaktrommet. Kursene ble opplevd som lett tilgjengelige. De varierte fra obligatoriske medarbeiderkurs til forskjellige frivillige kurs.

Hvis du går inn på tavla, så står hele tavla full, og det kan du få, men det er ikke alltid du får fri til å gå på de kursene. Da må du ta deg fri og du får ikke betalt for det. Jeg tror det bremser mange fra å gjøre det. Kunnskap koster og det må man stort sett betale selv har jeg inntrykk av.

Enkelte kurs var altså obligatoriske. Dette var medarbeiderkurs, og der ble de ansatte påmeldt av sykehjemmet. Det så deltakerne som positivt. Når de opplevde begrensninger i mulighetene til å delta på kurs, hadde dette flere årsaker. Flere pekte på økonomiske innstramminger i kommunen og manglende mulighet for fri og lønnskompensasjon for å delta på kurs.

En annen årsak som mange nevnte, var manglende relevans. Sårpoliklinikken ved sykehuset og grossister innen medisinsk utstyr ble holdt fram som kursholdere som reklamerte for kursene sine på sykehjemmet. Mange av disse kursene mente de var uaktuelle ut fra kompetansebehovet sitt.

Intervjuene tyder videre på at de selv ikke deltok aktivt i prosessen når det gjaldt utvelgelse av kurs. De ble heller ikke spurt om hva de hadde behov for å kurses i. Typisk var derfor at tross

mange og forholdsvis lett tilgjengelige kurs, ble de for det meste sett på som en virksomhet som kom på siden av det som ble oppfattet som den enkeltes arbeidsoppgaver.

Resultatene viser at det ikke var noen systematikk i hvordan kunnskap fra de som hadde deltatt på kurs, ble videreformidlet til de øvrige ansatte. Antallet som kunne delta på kurs samtidig, var begrenset til to ansatte fra hver avdeling. Videreformidling var spesielt viktig på grunn av denne begrensningen. Kunnskapsformidling til kollegaer som ikke var på kurs, var nyttig hvis de fikk tid og anledning i arbeidstiden, men dette skjedde ikke ofte.

Kunnskapen har jeg nesten bare for meg selv. Jeg prøver å innføre det i små skritt på min vakt, men det er vanskelig å videreføre det eller lage en rutine, fordi det er så mange syke. Hvis det bare er vikarer, kan ikke de vite hvordan vi gjør ting.

En felles oppfatning var derfor at kunnskapen fra kurs oftest ble privat kunnskap for den enkelte som hadde deltatt.

Videre- og etterutdanning

Få hadde fått tilbud om å delta på videre- og etterutdanning. Noen hadde fått tilbud om å ta etterutdanning i forbindelse med et kompetansehevingstiltak som var et samarbeidsprosjekt med nabokommunene. Dette tilbudet ble vurdert forskjellig av informantene. Innvendingen var at det ikke ble sett i sammenheng med deres kunnskapsbehov og interessefelt.

Ellers mente informantene at holdningen fra sykehjemmet var at de sto fritt til å velge hva de ville studere, og at de måtte finne fram til aktuelle studier selv og bekoste utdanningen selv. Hovedbegrunnelsen for ikke å ta lengre videre- og etterutdanning var at det tar tid og koster penger.

Man ønsker kompetanse og flinke folk, da må kommunen legge til rette. Jeg skjønner jo at alle ansatte ikke kan gjøre det samtidig, men det er ikke snakk om det heller. Det er klart det koster å ha noen som vil, men det får man jo igjen! Ved at folk får kunnskap og så får man delt den kunnskapen med dem man jobber sammen med. Det er en investering, men det har vel noe med økonomi å gjøre.

Videre- og etterutdanning i tillegg til full jobb er krevende, og de færreste hadde kapasitet og mulighet til å få dette til. Flere mente kommunen kunne lagt bedre til rette for å ta videre- og etterutdanning.

Mangel på kompetanseplaner og kartlegging av kompetansebehov

Våre analyser ga grunn til å sette spørsmålstegn ved om det i tilstrekkelig grad var utviklet formelle systemer for å fange opp de ansattes kompetansebehov. Intervjuene tydet på at arbeidsgiver ikke hadde spurt, undersøkt eller mottatt ønsker fra de ansatte om hvilke kompetansebehov de hadde. Videre tydet de på at det ikke var foretatt undersøkelser om de faktiske behov for kompetanseutvikling og opplæring.

Intervjuene ga inntrykk av at det heller ikke forelå noen overordnet kompetansemålsetning for institusjonene fra arbeidsgivers side. Om slike likevel skulle finnes, viste intervjuene at de ikke var tydeliggjort for de ansatte.

Diskusjon

Det er behov for både generell og spesialisert kompetanse for å ivareta alle pasientgrupper ved sykehjem. Læringsformene spenner fra kollegalæring og praksislæring til kurs. Læringsarenaene som informantene beskrev, var basert på deltakernes tilstedeværelse. Intervjuene tydet på at veiledning som læringsform ikke ble brukt.

Internundervisning foregikk gjerne i lunsjpauser og på personalmøter. Det var utstrakt tilbud om eksterne kurs, men kun et fåtall ble karakterisert som direkte rettet mot den kompetanse som etterspørres. Det ble ikke avsatt tid til, og var heller ikke forventet, at de som hadde deltatt på eksterne kurs delte sin kunnskap med de øvrige ansatte. Kartlegging av kompetansebehov og en overordnet kompetanseplan for ansatte synes derfor nødvendig for å målrette læringsformer og læringsarenaer til målgruppen. Interaktiv deltakelse og framtidsrettet utnyttelse av IKT i form av for eksempel e-læring og systematisk deling av kunnskap kan med fordel prøves ut.

Den uformelle organisasjonskulturen er direkte bestemmende for den enkeltes vilje og holdning til å dele kunnskap med sine medarbeidere. Dette blir av mange teoretikere sett på som en kritisk faktor for kunnskapsdeling (Gottschalk 2003). Vi ser av resultatene at de ansatte spurte og lærte av hverandre når det oppsto situasjoner de trengte mer kunnskap om. Dette var den mest brukte strategien for læring og oppdatering. Dette kan sees på som uttrykk for at arbeidsmiljøet føltes trygt, og at det var høyde for ulikheter og behov for kunnskapsformidling. Intervjuene beskriver derfor et arbeidsmiljø der de ansatte hadde en positiv holdning til det å bruke hverandre for læring (Dalin 1999; Senge 1990; Moxnes 2000). Våre resultater tyder derfor på et trygt læringsmiljø for praksislæring.

Imidlertid gir resultatene grunn til å peke på mangler ved formelle strategier for læring og kompetanseutvikling. De formelle strategier for læring som de ansatte fortalte om, var først og fremst kurs og internundervisning. Det dreide seg om pålagte medarbeiderkurs og forskjellige kurs med faglig tema. De ansatte opplevde ikke at de faglige kursene var tilpasset deres behov og ønsker for kompetanseutvikling eller læring. Teorien legger vekt på viktige læringsprinsipper for at voksne skal lære, slik som mål, medbestemmelse, motivasjon og opplevelse av en mening med læringen (Moxnes 2000; Lai 2008). Disse faktorene ser i vårt materiale ut til å være mangelfullt vektlagt.

Resultatene viser at det ikke har vært lagt til rette for prosedyrer eller rutiner som sikrer overføring av læring etter kurs til kollegaer. Kursdeltakelse kommer derfor bare den enkelte deltaker til gode. Dette vil begrense verdien av deltakelse for institusjonen. Dersom dette mønsteret er alminnelig ved institusjoner, er det grunn til å sette et spørsmålstejn ved verdien av kurs som kompetanseutviklingsform ved sykehjem. Dette syntes spesielt uheldig da det er begrenset hvor mange (oftest to) fra avdelingene som kan delta. Det går derfor lang tid mellom hver gang en ansatt deltar på kurs. Denne undersøkelsen gir også grunn til å stille spørsmål om hvilke prinsipper som anvendes for prioritering av kurs, om det først og fremst er tilbudet av kurs og ikke institusjonens mål som bestemmer prioriteringen.

Flere av de ansatte nevnte konkrete temaer for kompetanseutvikling/oppdatering og var slik sett bevisst hva de ønsket og hadde behov for. Våre analyser gir imidlertid grunn til å stille spørsmål om det i tilstrekkelig grad er utviklet formelle systemer for å fange opp de ansattes kompetansebehov. Intervjuene tyder på et arbeidsmiljø som viser en generell positiv holdning

til læring og inngir stor trygghet for det å kunne spørre hverandre. Det var andre faktorer som manglet for at de ansattes behov skulle komme fram til ledelsen, og informantene pekte på flere slike forhold. For eksempel kunne det være at ledelsen ikke i tilstrekkelig grad hadde foretatt undersøkelser om faktiske behov hos de ansatte for kompetanseutvikling, og hvilke områder den enkelte trengte opplæring i. En annen årsak kan være at det ikke er gitt at de ansatte og institusjonen hadde samme mål for kompetanseutviklingen. En tredje årsak synes å være at de ansatte ikke helt så sitt eget behov for kompetanseutvikling ut fra stillingsinnhold. De forstod ikke ledelsens målsetning eller visste ikke hvor de konkret skulle melde sitt behov. Ifølge Argyris og Schön (1983) og March og Olsen (1975) kan det forekomme avvik mellom den ansattes og ledelsens oppfatning av organisasjonens strategier og mål. Resultatene tyder derfor på at det kan være behov for systematiske tilnærminger for å kartlegge ansattes kompetansebehov og ønsker og tilrettelegge hensiktsmessige læringstiltak for å sikre måloppnåelse.

Intervjuene viser at flere var usikre på om de hadde adgang til å oppdatere seg og bruke ulike informasjonskilder i arbeidstiden. Dette kan også være kulturelt betinget. Det var ikke samme positive holdning til å innhente kunnskap fra for eksempel litteratur eller Internett som det å spørre hverandre. De kjente ikke til om de hadde tilgang til ulike kunnskapsdatabaser. Intranett og internett er tilgjengelige datasystemer for nødvendig informasjon og kvalitetsrutiner, men flere ansatte oppgav å ha liten tid i det daglige arbeidet, og datakunnskapene varierte.

Tilbud om kurs og annen informasjon ble gjort kjent gjennom skriv eller lapper på en tavle. Videreutdanning skal være et ledd i kompetansehevingstiltak i henhold til Kompetanseløftet 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2005). Flere mente imidlertid de ikke hadde fått informasjon om dette.

Denne undersøkelsen viste at når og hvor internundervisningen foregår, var noe tilfeldig organisert. Den synes å være best tilrettelagt for dem uten fagutdanning. Fagutdannede har dermed i mindre grad ubytte av undervisningen. Den ansvarlige for tilretteleggingen i en av enhetene var klar over den lave motivasjonen for deltakelse i internundervisningen på fritiden, og mente det skyldtes manglende godtgjøring eller belønning. En annen ansvarlig for denne undervisningen la opp til at de ansatte skulle legge fram ønske om undervisningstema. Dette alternativet anses å være mer i tråd med prinsipper for voksenalring som skissert ovenfor (Lai 2008; Moxnes 2000). Det ble antatt at slik tilrettelegging kan gi både ufaglærte og faglærte godt utbytte av undervisningen. Dette forsøket på endring i tilretteleggingen av undervisningen hadde imidlertid ikke ført til noen respons fra de ansatte.

Veiledning og refleksjon var ikke virkemidler som de ansatte brukte seg imellom i uformelle sammenhenger, og det var heller ikke noe det formelt var lagt til rette for. Disse læringsformene ble benyttet tidligere, men ble så fjernet. Veiledning og refleksjon blir framhevet som viktig, spesielt når det gjelder opplæring i praktiske ferdigheter (Bjørk 1999).

Andre studier har vist at faktorer som har betydning for kvaliteten på tjenester ved sykehjem, er godt arbeidsmiljø, lavt sykefravær, tydelig faglig ledelse, godt miljø for kompetanseutvikling, kollegial veiledning og godt samarbeid med pårørende (Bakke 2004). I likhet med undersøkelsene fra Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund (Bakke 2004) ser vi at kompetanse og kompetanseutvikling begrenses av opplevd tidspress. Alle deltakerne la vekt på tidspress. Dette ble begrunnet med sykere pasienter, få fagutdannede og mye tid brukt på å bistå ufaglærte kollegaer. Samtidig som deltakerne i undersøkelsen berømmet de

ufaglærte for deres innsats, vektla de at faglighet er viktig for å arbeide effektivt og ha noen å konferere med i ulike situasjoner. De framhevet at arbeidet er ansvarsfullt og utfordrende da de må ta faglige avgjørelser på strak arm og ikke har lege tilgjengelig. Deltakerne i denne studien la derfor ikke bare vekt på at økt bemanning er nødvendig for læring og mulighet for kompetanseutvikling, men at det også må stilles kompetansekrav til dem som utfører tjenesten.

Resultatene viser mangler ved de formelle strukturene for kompetanseutvikling. Dette gjelder både strukturer som kan binde sammen organisasjonens mål for kompetanseutvikling og læring med de individuelle læringsmålene, og strukturer som bidrar med tilrettelegging av virkemidler i tråd med disse målene. Vi vet at det kan være en læringsfremmende faktor at den lærende har innflytelse på planleggingen og gjennomføringen av læringstiltaket (Lai 2008). Slik medvirkning skaper motivasjon og gir eierforhold til og ansvar for læringen (Berg og Eikeland 1997) og kan slik sett bidra til måloppnåelse. Samtidig påpeker teorien også viktigheten av balanse mellom medbestemmelse og organisasjonens behov og mål (Lai 2008).

Denne studien baserer seg på individuelle intervjuer med et begrenset antall ansatte ved to institusjoner. Vi vet ikke om andre metodiske tilnærminger ville fått fram et annet bilde av kompetanseutvikling og tilretteleggingen av den. I Norge er det store variasjoner i kompetanse og kompetansebehov mellom sykehjem og i plan for og holdning til kompetanseutvikling, også mellom sykehjem i samme kommune (Ytrehus og Nuland 2007). Vi kan derfor ikke vite om resultatene gjelder for andre sykehjem.

Konklusjon

Når det gjelder den uformelle læringen, viser våre resultater at arbeidsmiljøet framstår som trygt og godt, og som solid grunnlag for et godt læringsmiljø. Denne undersøkelsen avdekker manglende formelle strukturer for kompetanseutvikling. De ansatte opplever at tilgangen på kurs og innholdet i disse er mangelfulle og ikke tilpasset arbeidssituasjonen. Internundervisningen som tilbys, er tilrettelagt, men ikke i tilstrekkelig grad tilpasset utdanningsnivå hos hele gruppen ansatte. Det er heller ikke noen form for belønning for å delta, og tilbudet om internundervisning tilpasses ikke til turnus og fridager. Informasjonskanaler, kommunikasjonskanaler, motivasjon, belønning og medbestemmelse, som i teorien er vektlagt som viktige elementer for å fremme kunnskapsutvikling, syntes ikke å være tilrettelagt i tilstrekkelig grad.

Studien gir dermed grunn til å framheve betydningen av kartlegging av kompetansebehov, lokale kompetanseplaner og en ledelse av kompetanseutviklingsarbeidet som evner å sikre dobbelkretslæring ved at læring nedfeller seg i hele organisasjonen. Det bør tilstrebes samsvar mellom individenes og organisasjonens læringsmål. Videre må vi regne med at det er behov for større oppmerksomhet på kartlegging av kompetansebehov og utvikling av lokale kompetanseplaner ved mange sykehjem. Men utvikling av planer og kartlegging av kompetanse er ikke tilstrekkelig. Det å skape en positiv kompetansekultur og å få til et kontinuerlig fokus på kompetanseutvikling vil kreve et bredt spekter av tilnærminger, virkemidler og planer som stadig må endres og utvikles.

Litteratur

- Argyris, C. & D.A. Schön (1983) *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading: MA, Addison – Wesley.
- Argyris, C. & D.A. Schön (1996) *Organizational Learning II: Theory, Method and Practice*. Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Bakke, H.K. (2004) Nye tanker om bemanning i sykehjem. *Tidsskrift for norsk legeförening*. Nr. 21, s. 124:2807.
- Berg, A.M. & O. Eikeland (1997) *Medvirkning og læring. Endringsprosesser i staten – en veileder*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Bjørk, I.T. (1999) Practical skill development in new nurses. *Nursing Inquiry*. Nr. 6, s. 34-47.
- Blåka, G. & C. Filstad (2007) *Læring i organisasjoner*. Oslo: Cappelen.
- Dahlin, Å. (1999) *Veier til den lærende organisasjon*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Døvigen, E., O.B. Ure, A. Tobiassen, & D. Hertzberg (2006) *Kompetanseutviklingsprogrammet 2000-2006. Sluttevaluering*. SNF-rapport nr. 32/2006, Faforrapport 551.
- Gottschalk, P. (2003) *Ledelse av intellektuell kapital*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gotvassli, K.Å. (2007) *Kunnskaps- og prestasjonsutvikling i organisasjoner. Rasjonalitet eller intuisjon og følelser?* Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Hagen, A. & S. Skule (2008) [Kompetansereformen og livslang læring. Status 2008](#). Faforrapport 2008:07.
- Hannan, S., I.J. Norman & S.J. Redfern, (2001) Care work and quality of care for older people: a review of the research literature. *Reviews in Clinical Gerontology*. 11. S. 189-203.
- Hansen, A. & S. Ytrehus (2011) Hvordan påvirker Marte Meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen? *Sykepleien Forskning*. Nr. 1, s. 35-41.
- Hasson, H. & J.E. Arnetz (2008) Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 17: 468-481.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*. St.meld. nr. 45 (2002-2003). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005) *Kompetanseløftet 2015*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006) *Mestring, muligheter og mening*. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen*. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Illeris, K., R.S. Caffarella, & L. Baumgartner, (2006) *Læring i arbeidslivet*. Roskilde: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D.I. (2000) *Hvordan gjennomføre undersøkelse? En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget. Norwegian Academic Press.
- Karsh, B., B.C. Booske, & F. Sainfort, (2005) Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics*. 48:1260-1281.
- Kim, D. (1993) The link between individual and organizational learning. *Sloan Management Review*, Fall 1993, s. 37-50.
- Kirkevold, M. (2008) The Norwegian teaching home program: developing a model for systematic practice development in the nursing home sector. *International Journal of Older People Nursing*. nr. 3, s. 282-286.

- Knowles, M.S., E. Holton, & R. Swanson (2005) *The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development*. Amsterdam: Elsevier.
- Lai, L. (2008) *Strategisk kompetansestyling*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Lekan, D., C.C. Hendrix, E.S. McConnell & H. White (2010) The connected learning model for disseminating evidence-based care practices in clinical settings. *Nurse Education in Practice*. nr. 10, s. 243-248.
- Malmedal, W., O. Ingebrigtsen & B.I. Saveman (2009) Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Nr. 23, s. 231-242.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- March, J.G. & J.P. Olsen (1975) The uncertainty of paste; organizational ambiguous learning, *European Journal of Political Research*. nr. 3, s. 147-171.
- Morgan, D.G., K.M. Semchuk, N.J. Stewart & C. D'Arcy (2002) Job strain among staff of rural nursing homes. A comparison of nurses, aides, and activity workers. *JONA*. 32 (3): 152-161.
- Moxnes, P. (2000) *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet*. Oslo: Paul Moxnes.
- Senge, P. (1990) *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.
- Sosial- og helsedepartementet (1982) *Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66*.
- Sosial- og helsedepartementet (1997) Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene : I 13/97. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. IS-1201. Oslo: Statistisk sentralbyrå (2009): <http://www.ssb.no/pleie/tab-2009-07-02-01.html>.
- Von Krogh, G. & J. Roos (1996) Arguments on Knowledge and Competence. I: von Krogh, G. & J. Roos (red.) *Managing Knowledge. Perspectives on cooperation and competition*. London: SAGE Publication Ltd, s. 110-116.
- Wadensten, B., M. Engström & E. Häggström (2009) Public nursing home staff's experience of participating in an intervention aimed at enhancing their self-esteem. *Journal of Nursing Management*. 17: 833-842.
- Ytrehus, S. & B.R. Nuland (2007) [Gull eller gråstein. Status for rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene](#). Fafo-rapport 2007: 21.