

Anna Hagen, Jorunn S. Borgen, Leif E. Moland

Undervisningssykehjemsprosjektet

En underveisevaluering

Anna Hagen
Jorunn S. Borgen
Leif E. Moland

Undervisningssykehjemsprosjektet

En underveisevaluering

© Forskningsstiftelsen Fafo 2002

ISBN 82-7422-367-5

ISSN 0801-6143

Innhold

Forord.....	7
Sammendrag.....	9
Kapittel 1 Innledning	23
Metode og data.....	24
Organisering og styring.....	24
Kunnskapsdialoger.....	25
Etableringen av Undervisningssykehjemsprosjektet	27
Fra ett til sju til mange undervisningssykehjem	28
Disponeringen av rapporten	29
Kapittel 2 Perspektiver og sammenhenger	31
Perspektiver på endring og kvalitet i eldreomsorgen	31
Endringer	32
Kvalitet.....	33
Det unike med Undervisningssykehjemsprosjektet	34
Økte krav til kvalitet	34
Kompetent og tilstrekkelig bemanning	35
Organisatoriske grep	36
Mellom tiltak og håndtering	38
Mål og forutsetninger i USP.....	39
Kunnskapsdialoger og kunnskapsproduksjon	42
Tradisjonell og ny kunnskapsproduksjon foregår samtidig	43
Kapittel 3 Organisering og styring av USP	47
Undervisningssykehjemsprosjektet som lærende organisasjoner	47
USP Oslo.....	49
Prosjektledelse og -bemanning	50
Organisatorisk forankring.....	51
Informasjon og kommunikasjon.....	52
Kompetansehevende tiltak	53
Fagutvikling	54
Studentpraksis	55
Forskning	55
Rekruttere – ja, men beholde?	56
Økt satsing på kvalifisering av ufaglærte med lang erfaring?	57

Formell videreutdanning kan gi større belastninger	57
Nettverksbygging	58
Oppsummering	59
USP Bergen	60
Prosjektledelse og -bemanning	60
Organisatorisk forankring.....	61
Kompetansehevende tiltak	63
Fagutvikling	65
Forskning	66
Rekruttering og sykefravær	66
Nettverksbygging/spredning	67
Oppsummering	67
USP Trondheim/Midt-Norge.....	68
Prosjektledelse og -bemanning	69
Organisatorisk forankring.....	69
Fremtidsverksteder og satsningsområder	70
Forskning og fagutvikling.....	70
Kompetanseutvikling.....	71
Tverrfaglige praksisplasser for studenter	71
Mulige effekter.....	71
Samarbeid, kunnskapsspredning, formidling	72
Oppsummering	73
USP Tromsø	74
Prosjektledelse og -bemanning	74
Organisatorisk forankring.....	75
Kartleggingsundersøkelser	76
Frie midler	76
Kurs og opplæringstiltak	77
Prosjekter/faglig fordypning	77
Studenter på sykehjemmet.....	78
Forskning	78
Rekruttering, turnover, sykefravær?	79
Nettverksbygging i regionen	79
Oppsummering	80
USP Karasjok.....	81
Prosjektledelse og -bemanning	82
Organisatorisk forankring.....	82
Tiltak og erfaringer.....	82
Rekruttering og sykefravær	83
Oppsummering	83
USP Gjøvik	84
To hovedmål	84
Prosjektledelse og -bemanning	85
Organisering	85

Eksternt samarbeid	85
Bruk av refleksjonsgrupper	86
Lite ressurskrevende, men effektiv metode?	86
Oppsummering	87
Oppsummering og innspill	87
Prosjektleders kvalifikasjoner	88
Fri og uavhengig eller integrering i linja?	89
Teoretisk undervisning eller erfaringsbasert læring?	90
Ekstern rekruttering eller synliggjøring og utvikling av realkompetanse?	91
Kompetanse og sykefravær	92
Sykehjemmene som praksisarena for studenter	92
Fagutvikling	92
Forskning	93
Spredning og konsolidering	93
Hva skal USP være?	94
Kapittel 4 Kunnskapsdialoger	97
Kunnskapsdialoger innenfor sykehjemmene	98
Møtested som grunnlag for dialog	98
Spesielle kurs som grunnlag for dialog	100
Små kunnskapsdialoger – viktige erfaringer	101
Kunnskapsdialog mellom sykehjemmene og andre innenfor pleie- og omsorgsektoren i kommunene	102
Felles oppgaver – ulike verdener?	102
Avdelingssykepleieren – balansekunstner mellom to verdener?	107
Likeverdig delaktighet – også for ledere?	108
Kunnskapsdialoger mellom sykehjemmene, universitet, høyskoler og andre	109
Stabile utdanningsinstitusjoner og det flyktige praksisfeltet	110
Utdanning til nye oppgaver, eller til de samme gamle?	113
Kunnskap om utdanningsprosesser blant voksne arbeidstakere	116
Kunnskapsdialog mellom det nasjonale prosjektet, sykehjemmene, universitet, høyskoler og andre	117
Medisin eller sykepleie?	117
Lederskap i prosjektet	118
Fagutvikling og forskning	119
Hvem skal sette ting i system?	120
4.5 Konklusjoner og anbefalinger	121
Kunnskapsdialogene innenfor sykehjemmene	121
Kunnskapsdialog mellom sykehjemmene og andre innenfor pleie- og omsorgsektoren i kommunen	121
Kunnskapsdialoger mellom sykehjemmene, universitet, høyskoler og andre	122
Kunnskapsdialoger mellom det nasjonale prosjektet, sykehjemmene, universitet, høyskoler og andre	122
Oppsummering	123

Litteratur	124
Vedlegg 1	128
Vedlegg 2 Evalueringskonferanse undervisnings-sykehjem, Vettre 9-10/1-02	130
Vedlegg 3 Deltakerliste.....	131
Vedlegg 4 GRUPPEARBEID USP - Vettre, 9-10/1	133
Vedlegg 5 Evalueringskonferanse på Vettre 9. og 10. januar 2002.....	135

Forord

Denne rapporten er en underviseevaluering av Undervisningssykehjemsprosjektet (USP). Formålet er å vurdere mål og foreløpige resultater, organisering, arbeidsform og metode, og komme med innspill til eventuelle endringer og videre drift.

USPs overordnede mål er å bidra til en bedret pleie og omsorg i den kommunale eldreomsorgen gjennom økt satsing på utdanning, fagutvikling, kompetanseutvikling og forskning. Sosial- og helsedepartement har bevilget rundt 18 millioner kroner til USP i fireårsperioden 1999–2002. I tillegg mottar prosjektet økonomisk støtte og faglige bidrag fra kommune, høyskole og universitet som lokale «medeiere». Underviseevalueringen er gjennomført i samarbeid mellom Norsk institutt for studier av forskning og utdanning, NIFU, og Forskningsstiftelsen Fafo.

Datagrunnlaget for evalueringen er skriftlige dokumenter, kvalitative intervjuer og erfaringer som kom frem på en evalueringskonferanse for USP i januar 2002. Fafo har hatt hovedansvar for dokumentanalysen, og var også ansvarlig for planleggingen og gjennomføringen av evalueringskonferansen. NIFU har gjennomført og analysert de kvalitative intervjuene.

Vi takker Marit Blom, SHD/Sosial- og helsedirektoratet, Marit Kirkevold, USP/Universitetet i Oslo, og Stine Margrethe Jacobsen, Sosial- og helsedirektoratet, for godt samarbeid underveis og for verdifulle kommentarer og innspill til rapporten.

Rapporten er utarbeidet av Jorunn S. Borgen, NIFU, Anna Hagen, Fafo, og Leif E. Moland, Fafo. De to første kapitlene er skrevet av de tre forfatterne i fellesskap. Kapittel tre er skrevet av Anna Hagen. Kapittel fire er skrevet av Jorunn S. Borgen.

Oslo, april 2002

Anna Hagen

Jorunn S. Borgen

Leif E. Moland

Sammendrag

Det overordnede målet for Undervisningssykehjemsprosjektet (USP) er å bidra til økt kvalitet i eldreomsorgen gjennom satsing på utdanning, fagutvikling, kompetanseutvikling og forskning i et formalisert samarbeid på tvers av sektorene.

USP består av fire hovedprosjekter lokalisert i hver av de fire universitetsbyene Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. I tillegg er det opprettet en rekke spredningsprosjekter, og flere prosjekter er under etablering. Sosial- og helsedepartementet (SHD) har bevilget rundt 18 millioner kroner til USP i fireårsperioden 1999–2002. I tillegg mottar prosjektene økonomisk støtte og faglige bidrag fra kommune, høyskole og universitet som lokale «medeiere».

Denne rapporten er en underveisevaluering, der formålet er å vurdere mål og foreløpige resultater, samt å gi innspill til eventuelle endringer og videre drift. Underveisevalueringen omfatter prosjektene i Karasjok og Gjøvik, i tillegg til de fire hovedprosjektene.

Evalueringen er gjennomført i et samarbeid mellom Forskningsstiftelsen Fafo og Norsk institutt for studier av forskning og utdanning, NIFU. Tre problemstillinger utgjør utgangspunktet for evalueringen.

- I hvilken grad har organisering og styring vært optimal i forhold til prosjektets målsettinger om bedret kvalitet, høy faglig standard og bedret rekruttering?
- Hvordan og i hvilken grad har prosjektet bidratt til en dialogbasert kunnskapsutvikling mellom universitet, høyskole og praksisfelt?
- Hvilke endringer bør gjøres for at dette prosjektet skal kunne utvikles til en varig ordning?

Fafo har hatt hovedansvaret for den første problemstillingen, mens NIFU har hatt hovedansvaret for den andre. Både Fafo og NIFU er bedt om å gi innspill og anbefalinger i forhold til videreføringen av USP.

Organisering og styring

Evalueringen av USPs organisering og styring er basert på skriftlige dokumenter fra de lokale prosjektene, supplert med erfaringer og inntrykk fra evalueringskonferansen i januar 2002. Dette materialet har en del svakheter. Analysen gir likevel grunnlag for å synliggjøre noen erfaringer og dilemmaer og påpeke noen viktige veivalg i prosjektet.

Prosjektleders kvalifikasjoner

I henhold til den nasjonale planen for USP bør ansvaret for forskning, fagutvikling og kompetanseutvikling ved sykehjemmet tillegges en professor/førsteamanuensis i full stilling. Prosjektlederen bør være ansatt ved universitetet, men ha sykehjemmet som sitt hovedarbeidssted. Denne forutsetningen har vist seg å være vanskelig å innfri i praksis. Det kan også innvendes at ansvaret for kompetanseutvikling og fagutvikling i stor grad er et arbeidsgiveransvar som vanskelig kan overføres til en person som er ansatt ved universitet eller høyskole.

Det er behov for en diskusjon om hvilke kvalifikasjoner prosjektleder skal ha. Ideelt sett bør vedkommende både ha høy faglig kompetanse, kjennskap til sektoren og prosjektledererfaring. Samtidig er det viktig å sikre stabilitet i prosjektene. Ubesatte stillinger og utskiftninger i prosjektledelsen har fått store konsekvenser for fremdriften i prosjektene. I en sluttevaluering er det viktig å gå nærmere inn på årsakene til at det har vært vanskelig å rekruttere og beholde prosjektledere i USP. I videreføringen av prosjektet bør man legge vekt på å utvikle organisatoriske løsninger som gjør prosjektene mindre sårbare for utskiftninger i prosjektledelsen.

Fri og uavhengig eller integrering i linja?

USP er inspirert av et amerikansk prosjekt (Teaching Nursing Homes), som hadde som sitt primære siktemål å øke den kliniske forskningen i sykehjem. Denne hensikten ble oppnådd, men det skjedde liten endring i sykehjemmene utover den forskning de enkelte prosjektene førte til (Kirkevold og Kårikstad 1999). For å unngå en tilsvarende utvikling i det norske prosjektet, har det fra begynnelsen vært lagt stor vekt på at prosjektene skulle integreres som en naturlig del av virksomheten i sykehjemmet. Blant virkemidlene som er tatt i bruk for å sikre dette, er fysisk tilstedeværelse ved etablering av egne prosjektkontor på sykehjemmene, intern informasjon og kommunikasjon, etablering av egne hjemmesider på internett m.v. Samtidig er det en viktig tilbakemelding i flere av undervisningssykehjemmene at prosjektet og prosjektmedarbeiderne også må bli mer synlige i sykehjemmenes daglige liv og virke.

Intensjonen i USP var å integrere praksisfeltet og teorifeltet gjennom delte stillinger mellom sykehjem og universitet og høyskoler. Prosjektene har ulike erfaringer med denne modellen.

I Oslo og Tromsø har prosjektledelsen hatt delte stillinger mellom universitet/høyskole og sykehjem. Universitet og høyskole har hatt det formelle arbeidsgiveransvaret. Fordelene med denne modellen er at den har ført til sterke samarbeidsrelasjoner mellom sykehjem og universitets- og høyskolesektoren. Videre har prosjektlederne på denne måten kunnet «holde fagblikket høyt». Ulempen med en slik modell er at de avdelingsspesifikke behovene kan komme til å tre i bakgrunnen.

I Bergen og Trondheim har man valgt å legge hele prosjektansvaret inn i linja under sykehjemsledelsen for å få en bedre integrasjon mellom prosjektet og den daglige driften. Dette er en modell som kan være hensiktsmessig i forhold til å sikre at kompetanseutviklingen tar utgangspunkt i konkrete behov i organisasjonen. Modellen gjør det også lettere å se organisasjonsutvikling og kompetanseutvikling i sammenheng, noe som

kan bedre forutsetningene for at kunnskapen blir tatt i bruk i organisasjonen. Prosjektansvar og beslutningsmyndighet i forhold til den daglige driften blir samordnet. Ulempen kan være at denne modellen gjør det vanskelig å ivareta og utvikle relasjonene til de eksterne samarbeidspartene.

På evalueringskonferansen på Vettre ga deltakerne uttrykk for at de ønsket å samle flere erfaringer med de modellene som er valgt. Valg av modell må også ses på bakgrunn av ulike lokale rammebetingelser og personlige kvalifikasjoner og egenskaper hos prosjektledere og andre sentrale aktører i prosjektene. I denne fasen er det trolig mest hensiktsmessig å gi rom for en viss fleksibilitet i valg av organisatoriske løsninger. I en slutt-evaluering vil det være viktig å kartlegge og dokumentere styrker og svakheter i de modellene som er valgt.

Teoretisk undervisning eller erfaringsbasert læring?

Undervisningssykehjemsprosjektene har i ulik grad satset på formelle utdanningstiltak for enkeltindivider. I Oslo har individuell kompetanseheving vært en hovedsatsing i den første perioden i prosjektet. Tiltakene har i første rekke vært rettet mot sykepleiere og hjelpepleiere som har deltatt i formell etterutdanning. En viktig erfaring er at det har vært investert til dels store ressurser i kompetanse som det har vist seg vanskelig å beholde. Eksempelvis har nyansatte sykepleiere sluttet etter å ha gjennomført videreutdanning, uten at organisasjonen har kunnet nyttiggjøre seg kompetansen. Frustrasjon over manglende muligheter til å ra kompetansen i bruk, har vært en av forklaringene på at ansatte slutter.

Gjøvik kan betraktes som motsatsen til Oslo. Der har hovedaktiviteten bestått i praksisbasert læring gjennom bruk av refleksjonsgrupper i tilknytning til aktuelle temaer ved de ulike postene.

I Tromsø har man innvilget støtte til søknader om frie midler, blant annet til individuell kompetanseheving. I resten av prosjektperioden ønsker man imidlertid å satse på mer systematisk kompetanseheving. En viktig tilbakemelding fra de ansatte er at de ønsker tiltak som går på tvers av yrkesgruppene, og som inkluderer flere av de ansatte.

Også i Trondheim har prosjektet hittil bidratt med midler til individuell kompetanseheving. I det videre arbeidet ønsker man å endre vektleggingen fra ekstern undervisning til postrelaterte undervisningstiltak. Dette blir blant annet begrunnet med at det kan være vanskelig å skaffe vikarer, og at man ønsker at tiltakene skal være mer tilgjengelige for personalet.

Ønsket om en bedre utnyttelse av kompetansen kan være en av forklaringene på at man ønsker å vri satsingen fra individuell kompetanseheving til mer kollektivt orientert faglig utvikling på arbeidsplassen. Det er et velkjent fenomen fra faglitteraturen at støtte til studier av lengre varighet, uten at tiltakene har forankring i et godt læringsmiljø på arbeidsplassen, lett kan føre til kompetanseutvikling som foregår isolert fra organisasjonen (Nielsen og Kvale 1999, Dalin 1999).

Samtidig er det en viktig erfaring fra prosjektet at det å ta ansatte ut i formelle kompetansehevende tiltak kan føre til økt arbeidsbelastning på resten av personalet. I Oslo så man at de postene som hadde mange ansatte ute i formelle opplæringstiltak, opplevde

en markert økning i sykefraværet i prosjektperioden. Når man ønsker å satse mindre på individuell kompetanseheving, kan dette derfor også være en tilpasning til en situasjon der lav bemanning, høyt sykefravær og vanskeligheter med å skaffe vikarer er en del av normalsituasjonen.

Gitt dagens rammebetingelser i sektoren, virker det hensiktsmessig å satse på kollektive læringsformer der sykehjemmet tas aktivt i bruk som læringsarena. Erfaringene fra prosjektene er at dette er en effektiv og lite ressurskrevende metode. Samtidig er det viktig å understreke at det er en rekke organisatoriske forutsetninger som må være til stede for at sykehjemmene skal fungere som gode læringsarenaer. Støtte fra ledelsen, tid og ressurser til veiledning, mulighet til teoretiske innspill og felles begrepsutvikling er forhold som kan bidra til utviklingen av sykehjemmene som lærende organisasjoner. Videre er det av stor betydning at kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling blir sett i sammenheng, slik at kunnskapen også kan bli tatt i bruk gjennom nye arbeidsformer.

I den grad man vil satse på individuell kompetanseheving, bør det være en forutsetning at innholdet i utdanningen er tilpasset behovene i sykehjemmet eller avdelingen. Vi har også sett betydningen av å sikre at kunnskapen blir tatt i bruk i praksis. Formelle avtaler om bindingstid etter endt utdanning er et virkemiddel som også bør vurderes i denne sammenheng.

Ekstern rekruttering eller synliggjøring og utvikling av realkompetanse?

Kartleggingen av kompetansebehov blant personalet viste at store deler av personalet ved sykehjemmene har lite formell utdanning, men lang arbeidserfaring i eldreomsorgen. I flere av prosjektene ønsker man derfor å synliggjøre og utvikle denne kompetansen gjennom tilpasset opplæring. Det er i første rekke sykepleiere og hjelpepleiere som slutter i sykehjemmene. Kompetanseutvikling rettet mot den mest stabile delen av personalet kan derfor være en effektiv måte å oppnå målet om et bedre kvalifisert og mer anvendbart personale på.

Mest systematisert er denne typen tiltak i USP Bergen, der man har satset på en egen hjelpepleierklasse ved sykehjemmet. Personalet tar eksamen som privatister, men opplegget skiller seg fra et ordinært privatistløp, ved at veiledning og praksis inngår i opplæringen, og undervisningen foregår på arbeidsplassen.

Kvalifisering av ufaglærte er én tilnærming til spørsmålet om kompetansebehov i eldreomsorgen. Alternativt kunne man tenke seg en mer åpen tilnærming til forholdet mellom kvalifikasjoner og oppgaver (Nyen og Svensen 2002). I et slikt perspektiv kunne man ta utgangspunkt i hvilke konkrete oppgaver som skal løses i hverdagen på sykehjemmene og hvilke kvalifikasjoner som er nødvendige for å løse disse oppgavene. Synliggjøring og bruk av taus kunnskap kan også føre til at sykepleierressurser blir frigjort og dermed bidra til realisering av målene i USP.

Det er et generelt problem for pleie- og omsorgssektoren når høyt utdannet personell bruker mye av sin arbeidsdag på oppgaver som andre kunne gjort like bra eller bedre (Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998–2001). Det ble sagt på evalueringskonferansen at det burde være et mål for prosjektet å redusere antallet ufaglærte. Dette

kan være et viktig mål, men det er samtidig viktig at det ikke overskygger behovet for å synliggjøre og ta i bruk den kunnskapen som erfarne pleieassistenter og hjelpepleiere besitter.

I en undersøkelse om interesse for etter- og videreutdanning svarte nesten førti prosent av pleieassistentene at mulighetene til faglig utvikling har liten eller ingen betydning for dem i deres nåværende jobb. Det sosiale miljøet på jobben og inntektene fra arbeidet er de forholdene ved jobben som teller mest. Mange legger også stor vekt på det å ha overskudd til andre ting enn jobben. Undersøkelsen viste også at interessen for formell utdanning og opplæring er betydelig høyere hos de yngre pleieassistentene enn hos de eldre (Hagen og Skule 2001). Dette viser at kvalifisering av ufaglærte kan være en aktuell strategi i forhold til noen grupper, og da kanskje i første rekke unge arbeidstakere som ønsker å arbeide innenfor pleie- og omsorgssektoren. For mange av de eldre medarbeiderne i sektoren, vil motivasjonen for å satse på formell utdanning være lav. Samtidig besitter disse en betydelig realkompetanse som det er viktig å synliggjøre og anerkjenne i sykehjemshverdagen.

Sykehjemmene som praksisarena for studenter

I flere av prosjektene har man gjort erfaringer med å knytte studentarbeid opp mot problemstillinger i avdelingene. Flere steder har man også hatt forsøk med studentovertakelser, der studenter har overtatt driften av én eller flere avdelinger ved sykehjemmene. Tilbakemeldinger fra studenter etter studentovertakelsen har vært gode. En erfaring er at det er viktig med avklaring av roller og ansvar hos ansatte, studenter og lærere. En tilbakemelding er også at noen av de fast ansatte bør være til stede i avdelingen under studentovertakelsen.

I regi av USP er det igangsatt et utredningsarbeid som skal analysere hvilke betingelser som må være til stede for å sikre et godt læringsmiljø.

Fagutvikling

Gjennomgangen av dokumentene viser at begrepet fagutvikling dekker en rekke ulike aktiviteter. Generelt ser det ut til at disse aktivitetene i stor grad tar utgangspunkt i konkrete problemstillinger i sykehjemshverdagen. I flere av prosjektene er refleksjonsgrupper tatt i bruk som metode. Enkelte emner går igjen flere steder, noe som trolig kan knyttes til de kravene sykehjemmene møter gjennom kvalitetsforskriften m.v. Eksempler på slike temaer er tann- og munnhygiene og samarbeid med pårørende.

Den generelle tilbakemeldingen er at prosjektene har skapt stort engasjement blant de ansatte. Det gis flere eksempler på at fagutvikling har ført til endret praksis og rutiner. Samtidig opplever mange et reelt dilemma mellom å delta i arbeid som ivaretar beboernes behov for omsorg «her og nå», og deltakelse i fagutvikling som kan bedre tjenestekvaliteten på sikt. Igjen er det mangelen på tid og personell som skaper problemer i forhold til gjennomføringen.

Forskning

I henhold til den nasjonale planen for USP skulle forskningsinnsatsen ved hvert undervisningssykehjem prioriteres ut fra behovene og ressursene ved de utvalgte sykehjemmene, lokale interesser og mulighetene ved universitets- og høyskolemiljøene. I den første fasen av prosjektet besto forskningsaktivitetene i stor grad av hovedoppgaver i tilknytning til kartlegging av kompetansebehov i sykehjemmene. Forskningsaktiviteten har vært større i USP Oslo enn i de andre prosjektene. Forskningsaktiviteten blir nå i stor grad ivaretatt av den nasjonale prosjektledelsen i USP. Det er utarbeidet et notat om hva som skal være satsningsområder for forskning i det nasjonale prosjektet, og man har blant annet søkt Norges forskningsråd om midler til et prosjekt som vil involvere flere av sykehjemmene.

På forskningsområdet er det behov for koordinering for å samle ressursinnsatsen og hindre dobbeltarbeid. Det er derfor trolig hensiktsmessig at den nasjonale prosjektledelsen tar et samlet ansvar for forskningsaktiviteten i USP. Samtidig er det viktig å sikre at resultater fra forskningen formidles og spres til de øvrige prosjektene. Her vil det være behov for etablering av felles arenaer. Eksempelvis var det flere deltakere på evalueringskonferansen som etterlyste faglige USP-konferanser med deltakelse fra både teori- og praksisfelt.

Spredning og konsolidering

Etableringen av et mindre antall undervisningssykehjem vil i seg selv ha begrenset effekt på eldreomsorgen sett under ett. Dette blir også understreket i den nasjonale planen, der ett av kapitlene er viet etableringen av spredningsmodeller og nettverk for kompetanseutvikling og forskningsarbeid. På evalueringskonferansen var dette et sentralt tema. Flere av deltakerne ga uttrykk for at Undervisningssykehjemsprosjektet ikke har livets rett dersom man ikke lykkes med å realisere spredningstanken. Samtidig fremgikk det at aktørene ut fra sine respektive ståsteder legger vekt på ulike sider og behov når de snakker om betydningen av nettverk og spredning. Dette understreker behovet for en diskusjon og avklaring, både i forhold til innhold og målgrupper. Sentrale spørsmål er hva som skal spres, hvem det skal spres til, og hvordan det skal spres. Det var enighet om at undervisningssykehjemmene må ha en viktig rolle som regionale kompetansesentre. Det var derimot ulike oppfatninger av hvordan denne oppgaven skulle defineres og ivaretas, og det ble også reist innvendinger mot å bruke begrepet regionale kompetansesentre i denne sammenhengen.

Om målene i USP skal kunne realiseres på nasjonalt nivå, må det etableres mekanismer som sikrer overføring av kunnskap fra det enkelte prosjekt til andre sykehjem og til de hjemmebaserte tjenestene i kommunen, fylket og regionen. Samtidig vil det være behov for nasjonal samordning for å sikre kunnskapsoverføring mellom regionene og unngå dobbeltarbeid.

Ideen om Undervisningssykehjemsprosjektet bygger på en forståelse av at kunnskapsutvikling foregår i *samspeillet* mellom teori og praksis. Ansvaret for å skape og utvikle felles læringsarenaer må derfor være et gjensidig ansvar. Flere av deltakerne på evalueringskonferansen ga uttrykk for at mye av utfordringen handler om å få aktørene i

universitets- og høyskolesektoren til å anerkjenne den kunnskapen som utvikles i sykehjemmet.

Inntrykket fra konferansen var at det var bred enighet om nødvendigheten av å konsolidere prosjektene lokalt og samle erfaringer, og at det foreløpig er for tidlig å vurdere sykehjemmenes rolle som regionale kompetansesentre. Samtidig var det klare forventninger til at dette arbeidet må intensiveres i prosjektets siste fase. Etableringen av stadig flere undervisningssykehjem kan betraktes som en form for modellspredning. Ved opprettelsen av en rekke undervisningssykehjem med ulik status (fire eller fem hovedprosjekter og et økende antall satellitter eller spredningsprosjekter) blir det også av stor betydning å avklare roller, funksjoner, ansvarforhold og rapportering i forhold til videreføringen av prosjektet. Et sentralt spørsmål er om spredningen har skjedd for raskt. Kanskje hadde det vært mer hensiktsmessig å samle ressursene om ett eller to enkeltprosjekter, i tråd med det som opprinnelig var tanken.

Pionerarbeid betyr nødvendigvis at det må være rom for å prøve og feile. I USP har mye av «feilingen» først og fremst vært knyttet til selve prosjektorganiseringen og problemer med å overføre nasjonale mål til lokale tiltak. Uklarheter har ført til ressursbruk som ikke alltid har gitt resultater. Dette har i sin tur ført til tempotap og svekket entusiasme blant deltakerne i hovedprosjektene. I den gjenværende perioden bør innsatsen trolig konsentreres om å videreutvikle og konsolidere de eksisterende prosjektene fremfor å etablere nye. Parallelt med dette blir det viktig å satse på formidling av USP-resultater på tvers av prosjektene og til pleie- og omsorgssektoren for øvrig.

I den sammenheng er det behov for etablering av felles arenaer for aktører fra universitet, høyskole og kommune/sykehjem. Hittil har det vært jevnlig møter på prosjektledernivå, men aktører i praksisfeltet har ikke deltatt på disse arenaene. På flere områder hadde aktørene trolig hatt utbytte av erfaringsutveksling. Erfaringene med studentovertakelse, forutsetninger for utvikling av gode læringsarenaer, og resultater fra fagutviklingsprosjekter er eksempler på tema der prosjektene har felles utfordringer og erfaringer basert på ulike modeller og løsninger.

Hva skal USP være?

De fire satsningsområdene i USP er kompetanseutvikling, fagutvikling, studentundervisning og forskning. Hver for seg er ingen av disse satsningsområdene spesielle for USP. Det unike ligger i tanken om et formalisert samarbeid på tvers av kommune-, undervisnings-/utdannings- og forskningssektoren. Evalueringen har imidlertid vist at det i praksis er store utfordringer knyttet til dette samarbeidet.

De ulike aktørene har forskjellige interesser og forventninger knyttet til prosjektet. Gitt prosjektets begrensede rammer, er det viktig å komme frem til en felles forståelse av hva prosjektet skal være og hvilke resultater det er realistisk å forvente. Det gjelder på nasjonalt nivå, men også i stor grad innenfor det enkelte lokale undervisningssykehjemsprosjekt. Dette forutsetter imidlertid at man inngår forpliktende avtaler mellom prosjektet og de ulike samarbeidspartene. Her bør det fremgå klart hva de ulike aktørene bidrar med av ressurser inn i prosjektet, og hva man forventer å få igjen. Målene for Undervisningssykehjemsprosjektet er ambisiøse, og vanskelige å omsette til hverdagen i

eldreomsorgen. Et hovedinntrykk som sitter igjen etter evalueringskonferansen er at målforståelsen hos de ulike aktørene er uklar. Forsamlingen hadde mange ønsker knyttet til de konkrete tiltakene og til effektene av disse. Men da de mer «eksistensielle» spørsmålene for USP ble diskutert, forlot man nåtidsbeskrivelser og gikk over til mulige fremtidsbilder. Hva vil vi med USP? Hva skal USP være i fremtiden? Dette er spørsmål som krever en avklaring, men som ligger utenfor evalueringens mandat.

Kunnskapsdialoger

I denne delen av evalueringen diskuteres hvilke kunnskapsdialoger som har foregått innenfor Undervisningssykehjemsprosjektets rammer, og hvordan og i hvilken grad disse dialogene har bidratt til ny kunnskapsproduksjon. Det utprøves samarbeidsmodeller mellom universitet, høyskoler, kommune og andre som driver med fagutvikling og forskning, gjennom at perspektiver fra vitenskap og praksis ses i sammenheng. Det er forventet at ulike kunnskapsdialoger skal skape synergieffekt i form av ny kunnskap som både er relevant i hverdagen i eldreomsorgen, i utdanning og forskning.

Forutsetningene for samhandling i kunnskapsdialoger er at de involverte har mulighet til å utvikle felles mål, at alle involverte har likeverdig delaktighet, at det er avklarte roller og relasjoner, at man etablerer en felles identitet som gruppe, at det er et møtested og et avklart skille mellom hverdagspraksis og kunnskapsdialogene. I Undervisningssykehjemsprosjektet foregår ikke dialogene bare vertikalt mellom ulike nivåer i et kunnskapshierarki, som for eksempel mellom sykepleievitenskapelig forsker og sykepleier. Kunnskapsdialogene foregår også horisontalt, mellom ulike profesjoner, som for eksempel fysioterapeut og sykepleier. Dialogene foregår også på ulike måter i forhold til forskere og lærere ved universitet, høyskole og videregående skole. En konsekvens av dette er at kunnskapsdialogene kan romme ulike, men like gyldige, vurderinger av kvalitet og relevans. Det må derfor være høy grad av anerkjennelse av andres perspektiver, og rom for å diskutere seg frem til felles målsettinger i de enkelte situasjoner og sammenhenger der kunnskapsdialoger foregår. For å realisere dette kreves metodisk og didaktisk kompetanse i å lede og strukturere dialogene. I prosjektet har derfor prosjektleidere og fagutviklingskonsulenter en sentral rolle i kunnskapsproduksjonen.

Analysen og diskusjonen av ulike kunnskapsdialoger er basert på intervjuer med 68 informanter knyttet til de ulike delprosjektene. Hensikten med intervjuene har vært å få fatt i konkrete, individuelle erfaringer med hvordan kunnskapsdialogene foregår, hvordan de erfares og hvilke konsekvenser de får. Mange av dialogene fremstår som mindre ambisiøse, mer utprøvende og utviklende enn kunnskapsproduserende. Det er allikevel mulig at det som foregår i det lille, utprøvende formatet, kan få konsekvenser som kan være viktige for kunnskapsproduksjonen i prosjektet. De fire kategoriene kunnskapsdialoger som blir diskutert er:

- Kunnskapsdialoger innenfor sykehjemmene

- Kunnskapsdialoger mellom sykehjemmene og andre innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene
- Kunnskapsdialoger mellom sykehjem, universitet, høyskoler og andre
- Kunnskapsdialoger mellom det nasjonale prosjektet, sykehjem, universitet, høyskoler og andre

For å sikre anonymiteten til informantene er det i dette kapitlet gjort bruk av konstruksjoner av typiske eksempler på kunnskapsdialoger ut fra flere forskjellige intervjuer. Eksempelene har derfor ikke en direkte referanse som kan tilbakeføres til institusjon eller til enkeltindivider. Med utgangspunkt i informasjon fra 68 informanter kan det allikevel hevdes å være representativt for de ulike perspektivene som blir belyst.

Kunnskapsdialoger innenfor sykehjemmene

Daglig foregår det ulike kunnskapsdialoger «nær sengen» i en sykehjemsavdeling, for eksempel mellom pleieassistenter, hjelpepleiere og sykepleiere, beboere og pårørende. Det foregår også dialoger på tvers av ulike faggrupper i institusjonen, mellom ledelse og «grunnplan» etc. Disse dialogene omhandler både tjenestenes kvalitet og utviklingen av sykehjemmene som lærende organisasjoner.

Små kunnskapsdialoger – viktige erfaringer

Undervisningssykehjemsprosjektet har gitt et etterlengtet rom for dialog og endring i en hverdag preget av rutiner og daglig stell og liten tid til å «tenke» eller diskutere i det daglige. To viktige former for møtesteder utenfor hverdagspraksis har vært felles generelle kurs for alle i sykehjemmet, eller spesielle kurs etter ønske fra personalet i en avdeling. Gjennom kunnskapsdialogene i ulike former for faggrupper, refleksjonsgrupper, fokusgrupper eller liknende, får personalet diskutert mulighetene for endring og utvikle forslag til tiltak som er realiserbare innenfor eksisterende økonomiske og personalmessige rammer. Prosjektlederne eller fagutviklingskonsulentene har rollen som nøytral veileder og er drivkraft for prosessene. Når det tilrettelegges for slike møtesteder for kunnskapsdialoger, viser det seg at personalet ser sammenhengen mellom kvaliteten på tjenestene, organisasjonskultur og trivsel, og de er interessert i fagutvikling og endring. De tar først tak i alle dilemmaene i hverdagens rutinetvang. Skal man prioritere fellesskap ved måltidene eller ro for beboere og pleiere i morgenstellet? En annen type dilemma er knyttet til beboere med spesielle behov, som for eksempel demente beboere. De trenger stor grad av én-til-én-kommunikasjon og blir urolige utover ettermiddagen. Skal man følge vanlig vaktturnus for bemanning eller ta mer hensyn til demente beboeres behov? Disse eksemplene illustrerer at små kunnskapsdialoger gir viktige erfaringer som får forholdsvis store konsekvenser for livskvaliteten for beboerne. I tillegg illustreres at tid til refleksjon bidrar til øket tilfredshet i hverdagen blant personalet.

Kunnskapsdialoger mellom sykehjemmene og andre innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene

Disse kunnskapsdialogene foregår vertikalt i hele eldreomsorgen. De omfatter mange nivåer og yrkesgrupper, og ulike forståelseshorisonter preger dialogene. Undervisnings-sykehjemsprosjektet blir av de ulike aktørene sett på som svært viktig, men både høy endringstakt og seige tradisjoner brukes som forklaringer på at prosjektets ideer er vanskelig å realisere. Felles oppgaver – ulike verdener?

Kunnskapsdialoger i lærende organisasjoner fordrer avklaring av roller og ledelse. Makt, myndighet og ansvar er tett sammenkoblet med systemforståelse og mulighetene for å få endringskompetanse i en organisasjon. Det er ulike oppfatninger av hvordan de felles oppgavene i prosjektet best kan løses, og det er betydningsfulle forskjeller mellom prosjektets faglige og forskningsmessige perspektiv, sykehjemsledelsens perspektiv og kommunale lederes strukturelle perspektiv. Kommunikasjonen mellom sykehjemsledelse og pleie- og omsorgsenheten på kommunalt nivå er profesjonell og preget av høy grad av systemforståelse. Prosjektet har bidratt til en sterkere bevisstgjøring i ledelsen i sykehjemmene i forhold til helheten og de faglige perspektivene, men mange av lederne i sykehjemmene og i kommunene har et *utenfor-perspektiv* på de kunnskapsdialogene prosjektet skal generere, og de ser ikke på seg selv som deltakere i dialogene. Avdelingssykepleieren ser ut til å ha en rolle som balansekunstner mellom trykket «nedenfra» avdelingen, og trykket «ovenfra» institusjonell og kommunal ledelse. De ser på prosjektet som et svært godt bidrag til å heve tjenestekvaliteten, fordi man får tid til å gjøre noe ekstra. De ulike dialog- og veiledningsformene bidrar til å markere et skille mellom avdelingslederens personalmessige ansvar og de faglige dialogene. Det bidrar også til at avdelingslederen får tid til å oppdage nye sider ved personalet, som å se hvor egen kunnskap kommer til kort i forhold til pleieassistentens og hjelpepleiernes innsikt i beboeres hverdag.

Utydelige ansvars- og myndighetsforhold utarmer personalet i sykehjemmene

Den byråkratiske kommunikasjonen i sykehjemssektoren ser ut til å være et viktig hinder for kunnskapsdialoger mellom de «nær sengen» og «de som bestemmer». Ansvar for tjenestekvaliteten skyves nedover, til sengen og beboeren, mens beslutningsmyndigheten ligger høyt oppe i ansvarslinja. Opplevelsen av gapet mellom det ideelle og det erfarte virker utarmende på personalet, og valgmulighetene i forhold til å finne individuelle løsninger øker med utdanningsnivået. Mange sykepleiere mener at de ikke blir tatt alvorlig faglig, og at de ikke blir spurt om å bidra med vurderinger i faglige spørsmål som får konsekvenser for deres arbeidssituasjon. De kan velge seg bort fra dilemmaene ved å slutte i sykehjemmene istedenfor å bli der og arbeide for endring.

For de som *blir* i sykehjemmene, fører dette ansvarsgapet til ulike dilemma som den enkelte pleier må løse, ofte uten å ha kompetanse eller myndighet for dette. Et eksempel er opplevelsen av ansvar for relasjonen mellom sykehjem, beboer og pårørende. Denne typen problemstillinger er ikke først og fremst et informasjonsproblem eller et holdningsproblem på individnivå, men et strukturelt problem som særlig ledelsen har ansvar for. Det er et uttrykk for prosjektets evne til å fange opp relevante utfordringer fra prak-

sisfeltet når det blant annet i USP-Trondheim nå pågår et forskningsbasert pårørendeprosjekt.

Det er vanskelig å vurdere hva som skaper og vedlikeholder hindringer og hva som er avgjørende for at man lykkes i å sette i gang endringsprosesser. Det er et generelt inntrykk at jo større avstand, dess vanskeligere er det å få tillit og dialog mellom flere parter. Medansvar og deltakelse fører på den andre siden til engasjement og glød i personalet.

Kunnskapsdialoger mellom sykehjem, universitet, høyskoler og andre

Det er en ambisjon i prosjektet å etablere samarbeidsrelasjoner mellom universitet og høyskoler og praksisfeltet på en slik måte at det virker utviklende for kunnskapsproduksjonen på de ulike arenaene. Gapet mellom profesjonsutdanningenes idealer og yrkeshverdagen er stor. Dette er en av mange hindringer for endring i helsesektoren. Spørsmålet er i hvilken grad prosjektet gjennom å fokusere på kunnskapsdialogene på tvers av de kjente grensene, og gjennom utprøving av modeller og tiltak, kan bidra til å overskride dette.

Det har vist seg vanskelig å få etablert samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner, sykehjem og kommuner hittil. Man strever med å forstå hverandres språk. Fra kommunene og sykehjemmene mener man at universitet og høyskole ikke forstår det flyktige i praksisfeltets hverdag, og universitet og høyskoler peker på at man i eldreomsorgen ikke forstår de stabile og faste strukturene de der må arbeide etter. Disse motsetningene peker tilbake på ulike behov, og å skape gode kunnskapsdialoger krever tid til oppbygning av et tillitsforhold.

Prosjektet bidrar til å synliggjøre ulike former for kunnskap

Undervisningssykehjemsprosjektet har bidratt til å starte slike tillitsprosesser. For eksempel har noen av prosjektlederne tilknytning til en høyskole. De kan fungere som oversettere i dialogene mellom kommunal sektor og utdanningsinstitusjonene. Disse prosjektlederne har opplevd at det var «mye verre enn de trodde når de begynte å telle og systematisere i sykehjemmene». De bringer denne kunnskapen med seg tilbake til høyskolene. Generelt fungerer prosjektlederne som et «tredje blikk» på praksishverdagen i de ulike sykehjemmene. Dette fører i mange eksempler til positive sirkler, men også til negative sirkler, der man har kommet kort i utviklingen av sykehjemmet som en lærende organisasjon.

Dette er et eksempel på at posisjonen man har er bestemmende for hvilken kunnskap man ser. Gjennom kunnskapsdialogene synliggjøres ulike former for kunnskap. For eksempel har en sykepleierstudent gjennom en systematisk registrering synliggjort en skjevhet i tidsbruken i en dementenhet. Både leger og sykepleiere ser på pleieassistentene og hjelpepleierens kunnskap om beboerne som viktige supplement til egen kunnskap. Allikevel er det få eksempler på kunnskapsdialoger mellom for eksempel spesialister og leger og de nærmest sengen i sykehjemmene. Dette kan tyde på at de tradisjonelle kunnskapsforståelsene virker side om side med de nye som prosjektet har som mål å generere. Det påpekes fra flere at sykehjemssektoren har lav status og at kunnskapen som finnes der er usynliggjort og lite verdsatt. For eksempel får manglende infrastruktur

som PC og kompetanse på tekstbehandling konsekvenser for muligheten til å synliggjøre kunnskapen som finnes i sykehjemmene, for eksempel i forbindelse med fagutviklingsprosjekter. Kartleggingsundersøkelsene som foregår i prosjektet anses som en mulighet til å synliggjøre dette på en systematisk måte.

Manglende kunnskap eller underbemanning?

Et dilemma som ble reist på evalueringskonferansen var om man gjennom ulike tiltak i prosjektet utdanner til nye oppgaver, eller til de samme gamle. Det er valgt ulike modeller i sykehjemmene når det gjelder vektlegging av kurs- og etter- og videreutdanningstilbudene. Hovedformene er en modell med vektlegging på kollektive prosesser, og en modell med vekt på individuelle, frivillige prosesser, med nyanser på de ulike sykehjemmene. Ved kompetanseheving basert på frivillighet, deltar de mest motiverte i personalet. De minst motiverte blir igjen i avdelingen når de andre er på kurs eller jobber med fagutviklingsprosjekt, og får bekreftet sine negative erfaringer om den vanskelige sykehjemshverdagen. I en modell som fokuserer på kollektivet, har flesteparten av de ansatte i institusjonen fått et felles begrepsapparat når det gjelder kvalitet på tjenestene og organisasjonskultur. Ledelsen har tatt styring over prosessene, samtidig som man har fokusert på det individuelle ansvaret for deltakelsen i prosessene. Ut fra intervjuene gir begge modellene grunnlag for å mene at det er rom for å utdanne personalet til å gjøre de samme oppgavene på en bedre måte, og at dette får positiv betydning når det gjelder trivsel i arbeidssituasjonen. Mot trivsel og stabilitet i sykehjemmene ser glidningen mellom ulike roller i hverdagen i sykehjemmene ut til å være en viktigere trussel enn kunnskap. Ofte er det slik at en erfaren sykepleier vikarierer for styrer, hjelpepleier må vikariere for sykepleier, og pleieassistent vikarierer for hjelpepleiere. Alle skli ut av egne roller og over i nye, ett hakk høyere opp i hierarkiet, og tilbake igjen. Man må alltid være parat til en slik rolleendring, og dette er en trussel mot opplevelsen av å ha en individuell faglig identitet.

Hjelpepleierutdanningen – eksempel på kunnskapsdialoger

Hjelpepleierutdanningen i tilknytning til arbeidsplassen er et av flere eksempler på at prosjektet utprøver nye utdanningsmåter som ivaretar sosialisering- og praksisdelen av utdanningen i større grad enn det de tradisjonelle og mer teoretisk baserte utdanningsformene innen videregående skole, høyskole og universitet hittil har gjort. Fra et utdanningsteoretisk perspektiv er dette interessante prosesser i forhold til de mange forhåpningene som prosjektet knytter til kompetansehevingstiltak. Veien fra hjelpepleier til sykepleier er også interessant, fordi en del utsagn tyder på at disse utdanner seg *bort* fra sykehjemmene. At helsepersonale som kjenner sykehjemmene fra innsiden tar jobb i andre deler av sektoren, behøver ikke bare være negativt. I stedet kan man se det som positivt at de bringer med seg en innsikt til andre faglige sammenhenger. Når voksne yrkesaktive arbeidstakere skal utdanne seg, hva er motivasjonsfaktorer, hva sikrer gjennomstrømningen, hva kan man påvirke gjennom tilrettelegging, hva er de individuelle og sosiokulturelle faktorene, hvilke modeller fungerer, i hvilke sammenhenger, for hvem? Tatt i betraktning den sterke fokuseringen på kompetanseheving og etter- og

videreutdanning, ville det vært en styrke med et mer spesifikt utdanningsperspektiv i kunnskapsproduksjonen i prosjektet.

Kunnskapsdialoger mellom det nasjonale prosjektet, sykehjem, universitet, høyskoler og andre

Prosjektets ambisjoner om å utprøve samarbeidsmodeller og legge til rette for kunnskapsdialoger på tvers av alle nivåer og kunnskapsområder, er krevende. Det er etablert ulike former for ekstern kontakt rundt fagutviklingsprosjekter og forskning. Det er gjort en god del avtaler om samarbeid mellom universitet, sykehjem, høyskoler og i noen tilfeller kommunene. I intervjuene er det vanskelig å finne ut hvordan disse samarbeidsprosjektene har fungert. Det generelle inntrykket er at noe er realisert, men at mange av prosjektene er blitt forskjøvet av ulike grunner, noen er så vidt startet, og mange er ennå ikke avsluttet. Dette kan blant annet skyldes manglende stabilitet i stillingene til prosjektledere, fagutviklingskonsulenter og lederne i sykehjemmene. Erfaringene fra samarbeidsprosjekter tilsier at det er en gjensidig mangel på systemforståelse mellom de som kommer fra universitet og høyskoler og de som befinner seg i sykehjemmene. Det er også manglende møtesteder for dialoger. Mange mener at det nasjonale prosjektet ikke har klart å ta tilstrekkelig hensyn til kompleksiteten i sektoren. Det er prosjekters natur at det er når de nesten er slutt man egentlig har tilstrekkelig innsikt til å kunne få realisert det som er planlagt. Det siste året av prosjektperioden vil synliggjøre effekten av utprøvinger, planlegging og oppstart av samarbeidsformer og prosjekter.

Definisjonskamp mellom medisin og sykepleie?

I forsøkene på å få til samarbeidsrelasjonene som involverer hele spennvidden av aktører i sektoren blir det synlig at tradisjonell og ny kunnskapsproduksjon er til stede samtidig, og det er utfordrende å håndtere de spenninger dette medfører. Forholdet mellom legene, sykepleierne og sykehjemmene virker på mange måter som et «høna og egget»-problem om hvem som skal *starte* prosessene som fører til kunnskapsdialoger som blir relevant for eldreomsorgen. Legene gir sykepleiernes rolle og faglige kompetanse anerkjennelse, samtidig som det ser ut til å være en slags «hands-off»-strategi fra legenes side. Legene etterlyser systemer for rapportering, for medikamenthåndtering, analyser og orden, der sykepleierne etterlyser medisinskfaglige handlinger. Legene mener at sykepleierne setter mye av premissene for deres arbeid, og at de ikke har påvirkning på sykehjemskulturen, mens sykepleierne mener at legene er lite synlige i sykehjemshverdagen. Samtidig peker legene på at det fins mange typer samarbeid med universitet, spesialistinstitusjoner etc., og at prosjektet har ikke tatt i bruk eksisterende strukturer og samarbeidsavtaler i kommunene. Det er i forhold til akkurat slike spørsmål at prosjektets ideer om tverrfaglig samarbeid får illustrert relevansen. Samtidig illustrerer dette at det er utfordrende å gå på tvers av vante ansvarslinjer, og at en tilnærming på tvers krever tid.

Dette inntrykket gjelder også samarbeidet om forskning. Det er generelt et inntrykk at det har vært tidkrevende å få i gang samarbeid om forskning på tvers av institusjoner og sektorer. Man skal blant annet bryte tradisjonelle barrierer. Kunnskap er investering

av ressurser, og er knyttet til definisjonsmakt. Dette krever tillit, som det tar tid å bygge opp, og Undervisningssykehjemsprosjektet har startet mange slike prosesser.

Hvem skal sette ting i system?

Prosjektet har gjort mer forskning omkring det man arbeider mot å oppnå, enn omkring de prosessene som i prosjektet viser seg å skape endring. Dette er naturlig ut fra tidsperspektivene i prosjektet. Det er ut fra intervjuene vanskelig å peke på hva som skaper og vedlikeholder hindringer, og hva som er avgjørende for endring i sykehjemmene. Det ser imidlertid ut til at ledelseskulturen både på avdelingen, i sykehjemsledelsen og i kommunen til sammen skaper positive eller negative sirkler som de enkelte sykehjemmene blir omsluttet av. Manglende forskning på selve endringsprosessenes dynamikk kan være et hinder for at prosjektet produserer ny kunnskap om hvordan man skaper modeller for endringsarbeid i sykehjemmene og eldreomsorgen.

Rollen prosjektlederen og fagutviklingskonsulenten har som nøytrale katalysatorer for endringsprosesser i sykehjemmene, fremstår som viktige. Når disse har metodisk og didaktisk kompetanse og stor nok stillingsressurs, det vil si 100 prosent stilling, kan de være fokusert på den faglige helheten i sykehjemmet, og bidra til å holde fagutvikling i sentrum. Dette må være en jobb som går ut på å sette ting i system, plassert i sykehjemmene store deler av tiden.

Mye tyder på at gapet mellom tolkningsrammen for det som skjer nær sengen, det som skjer i sykehjemsledelsen og i kommunal ledelse og det som skjer innen forskning og utdanning, er for stort til at det kan håndteres av én og samme person. Ut fra kravene til organisering av samhandling i kunnskapsdialoger er det nødvendig med avklarte roller og relasjoner, tilrettelegging av møtesteder utenfor hverdagspraksis og at noen leder og strukturerer dialogene. Det er like viktig at forskere går ut av sin hverdagspraksis som at pleieassistenter gjør det, når hensikten er å få til kunnskapsdialoger med andre enn fagfeller. Det var mer denne typen funksjon det nasjonale prosjektet hadde planer om da det ble krevd at vedkommende som skulle ansettes i prosjektlederstillingen på sykehjemmene skulle ha kompetanse på doktorgradsnivå.

Det bør være *to stillinger* knyttet til fagutvikling og forskning, for at man skal kunne ivareta alle behovene til endring og kunnskapsutvikling. Dette krever imidlertid at ansvar og myndighet er klarlagt i samarbeidet med sykehjemsledere og fagutviklingsansvarlige. En slik fordeling av oppgaver for å «tette igjen hull» mellom de mer kjente rollene i og rundt sykehjem og eldreomsorg, er i samsvar med anbefalinger i handlingsplan for helse- og omsorgspersonell (1998–2001). Disse stillingene kan bidra til å ivareta de små kunnskapsproduserende prosessene innad i sykehjemmene, og til å ha overblikk og se helhet og sammenhenger der det meste ser ut til å være fragmentert og ha et flyktig preg.

Kapittel 1 Innledning

Denne rapporten er en underveisevaluering av Undervisningssykehjemsprosjektet (USP). Formålet er å vurdere mål og foreløpige resultater, organisering, arbeidsform og metode, og å komme med innspill til eventuelle endringer og videre drift.

USPs overordnede mål er å bidra til økt kvalitet i den kommunale eldreomsorgen. Prosjektet bygger på en antakelse om at dette kan realiseres gjennom bedre utdanning, fagutvikling, kompetanseutvikling og forskning rettet mot eldreomsorgen. USP har en ramme på fire år, fra 1999 til 2002. Helsedepartementet (tidligere Sosial- og helsedepartementet) bevilger årlig rundt 4,5 millioner kroner til prosjektet, tilsvarende cirka 18 millioner totalt i prosjektperioden.

USP består av fire selvstendige hovedprosjekter lokalisert i hver av de fire universitetsbyene Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. I tillegg er det opprettet spredningsprosjekter i Karasjok, Gjøvik, Namdalen, Telemark, Agder og Østfold. De tre sistnevnte prosjektene er i etableringsfasen, mens prosjektet i Namdalen nå er nedlagt. Evalueringen omfatter derfor prosjektene i Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø, Karasjok og Gjøvik. Hvert av de fire hovedprosjektene mottar rundt en million kroner i årlige økonomiske tilskudd fra departementene. I tillegg mottar prosjektene økonomisk støtte og faglige bidrag fra kommunen og fra universitet og høyskoler som lokale samarbeidspartnere.

Høsten 2001 inviterte Sosial- og helsedepartementet ulike forskningsmiljøer til å delta i underveisevalueringen av USP. Etter en anbudsrunde ønsket departementet at evalueringen skulle gjennomføres i et samarbeid mellom Forskningsstiftelsen Fafo og Norsk institutt for studier av forskning og utdanning, NIFU. Anbudsbeskrivelsen var forholdsvis ambisiøs, der man ønsket svar på omfattende spørsmål innenfor en relativt begrenset ramme. Dette legger føringer for detaljeringsgrad og analysenivå, samt på arbeidsform i evalueringen. På grunnlag av samtaler mellom departementet, Forskningsstiftelsen Fafo og NIFU ble det utformet tre overordnede problemstillinger for underveisevalueringen:

1. I hvilken grad har organisering og styring vært optimal i forhold til prosjektets målsettinger om bedret kvalitet, høy faglig standard og bedret rekruttering?
2. Hvordan og i hvilken grad har prosjektet bidratt til en dialogbasert kunnskapsutvikling mellom universitet, høyskole og praksisfelt?
3. Hvilke endringer bør gjøres for at dette prosjektet skal kunne utvikles til en varig ordning?

Forskningsstiftelsen Fafo har hatt hovedansvaret for den første problemstillingen, mens NIFU har hatt ansvaret for den andre. Både Fafo og NIFU er bedt om å bidra med innspill til endringer i forhold til videreføringen av prosjektet.

Som et ledd i evalueringen ble det arrangert en evalueringskonferanse for USP i januar 2002 på Vettre utenfor Oslo. Målet med konferansen var å presentere erfaringer, belyse og diskutere problemstillinger og bidra med innspill i forhold til ønsket om en videreføring av USP. Forskningsstiftelsen Fafo hadde hovedansvaret for planleggingen og gjennomføringen av evalueringskonferansen. Program, deltakerliste og et kort sammendrag av konferansen er gjengitt i vedlegg.

Metode og data

Evalueringen bygger på dokumentanalyse, kvalitative intervjuer og deltakelse og observasjon på evalueringskonferansen. Spørsmålet om organisering og styring i forhold til målene i USP er besvart på grunnlag av skriftlige dokumenter og erfaringer fra konferansen. NIFU har gjennomført til sammen 68 kvalitative intervjuer i tilknytning til undervisningssykehjemmene og det nasjonale prosjektet. Disse intervjuene utgjør hovedgrunnlaget for analysen av USPs bidrag til en dialogbasert kunnskapsutvikling mellom universitet, høyskole og praksisfelt. Alle datakildene er brukt som grunnlag for anbefalinger og innspill.

En metodisk svakhet ved å dele et evalueringsoppdrag på to forskningsmiljøer, er at det er vanskelig å utnytte fullt ut det potensialet som ligger i å kombinere de ulike datakildene. Dette problemet forsterkes av begrensede tidsrammer. På den annen side kan det være en styrke å få problemstillingene i evalueringen belyst ut fra ulike faglige ståsteder.

Organisering og styring

Datagrunnlaget for denne delen av evalueringen er skriftlige dokumenter, supplert med erfaringene fra evalueringskonferansen. Fra hvert av prosjektene foreligger skriftlige dokumenter i form av handlingsplaner/strategiplaner og statusrapporter/årsrapporter. I tillegg foreligger midt-evalueringsrapporter fra 2001 fra hvert av prosjektene. For å skille prosjektenes egne rapporter fra denne evalueringsrapporten, vil disse heretter bli omtalt som prosjektenes egne evalueringer. En av egnevalueringene er datert oktober 2001, mens de øvrige ble gjennomført våren 2001. Prosjektlederene i de lokale prosjektene har hatt hovedansvaret for å utarbeide de skriftlige dokumentene.

I tillegg til disse dokumentene, har vi i evalueringen benyttet oss av diverse materiell fra prosjektene som er lagt ut på internett¹.

Datamaterialet har noen klare svakheter, og vi må derfor knytte flere forbehold til denne delen av evalueringen.

For det første vil den typen dokumenter som utgjør datagrunnlaget her, gjerne være skrevet med tanke på å gi prosjektene, resultatene og erfaringene en mest mulig fordelaktig, og dermed lite objektiv fremstilling. Dokumentene presenterer i første rekke pro-

¹ <http://www.undervisningssykehjem.net/>

sjektledernes versjon. Synspunktene til ledelsen og de ansatte ved sykehjemmene, eller involverte aktører i kommune, universitet eller høyskole, kommer i mindre grad til uttrykk.

På bakgrunn av dokumentanalysen, er det likevel mulig å synliggjøre noen konkrete erfaringer, dilemmaer og veivalg i prosjektet. Evalueringskonferansen ga mulighet til å diskutere noen slike dilemmaer og problemstillinger, og å høre de ulike aktørenes synspunkter på disse. Evalueringskonferansen utgjør derfor et viktig supplement til dokumentene.

En annen svakhet ved dokumentene, er at de ikke gir noen oversikt over økonomien i prosjektene. Størrelsen på de økonomiske tilskuddene og den faktiske ressursdisponeringen i prosjektene fremgår ikke av materialet. Som nevnt, er rammen for de statlige tilskuddene rundt fire millioner kroner årlig. Ut over dette kjenner vi ikke prosjektenes økonomiske rammer, og det har derfor ikke vært mulig å vurdere de foreløpige resultatene i forhold til ressursinnsatsen.

Et tredje forbehold er at de skriftlige dokumentene i liten grad fanger opp utviklingen i prosjektene etter våren 2001. Igjen er konferansen en viktig supplerende datakilde, men det kan likevel ha skjedd mye i løpet av det siste året som ikke er fanget opp av denne evalueringen.

Når det er sagt, er det grunn til å understreke at en underveisevaluering nødvendigvis må ha et annet siktemål enn en sluttevaluering. Formålet med denne rapporten er å synliggjøre og vurdere foreløpige resultater som grunnlag for innspill og anbefalinger til videreføringen av prosjektet. Denne delen av evalueringen kan også kalles en prosess-evaluering, der vi i hovedsak er opptatt av å beskrive og forklare utviklingen og implementeringen av et prosjekt (Sverdrup 2001). Ut fra dette formålet, og med de forbehold som er gjort over, mener vi at datagrunnlaget er tilfredsstillende.

Kunnskapsdialoger

Datagrunnlaget for denne delen av evalueringen er delvis strukturerte intervjuer som ble gjort i desember 2001 og januar 2002 på sykehjemmene som er med i det nasjonale prosjektet. Det var et ønske fra oppdragsgiver at evalueringen skulle fokusere på hvordan Undervisningssykehjemsprosjektet ble erfart og vurdert i sykehjemmene, nær sengen. Dette skulle bidra til å gi et praksisperspektiv på prosjektet, som et supplement til prosjektets egne rapporter. Et slikt innenfra-perspektiv gir innsyn i hvordan prosjektet påvirker – og påvirkes – av sykehjemshverdagen og de mange dilemmaer som man må finne løsninger på i en travel hverdag. En ulempe med et slikt perspektiv blir at de som uttaler seg nødvendigvis mangler systematisk oversikt over prosjektet som helhet.

Intervjuene er gjort ved Tåsenhjemmet bo- og rehabiliteringssenter i Oslo, Karasjok helsesenter i Karasjok, Fyllingsdalen sykehjem i Bergen, Haugtun sykehjem på Gjøvik, Søbstad sykehjem i Trondheim, og Kroken sykehjem i Tromsø.

Utvalget av informanter er gjort som et vertikalt snitt av de fleste involverte yrkesgrupper i sykehjemmene og involverte fra Helse- og omsorgsavdelingen i kommunen. Disse representerer ulike yrkesgrupper og profesjoner i eldreomsorgen. I tillegg er det gjort intervjuer av noen studenter innenfor sykepleier- og hjelpepleierutdanning og lærere

ved høyskoler og universitet. Dette utgjør et mindretall av informantene, noe som har sammenheng med at det var vanskelig å få fatt i informanter innenfor tidsrammen som var til rådighet i evalueringen.

Det er mange yrkesgrupper i eldreomsorgen, og bare innenfor et vanlig sykehjem er det gjerne 15–20 ulike yrkesgrupper representert. Sykehjemmet befinner seg innenfor en kommunal helse- og sosialsektor med ulike funksjoner og nivåer, som igjen har et statlig nivå. Mellom sju og 14 personer er intervjuet på de ulike stedene, avhengig av institusjonens størrelse og muligheten for å treffe ulike personer i helseadministrasjonen i kommunene. På Gjøvik er intervjuene av tids- og ressursmessige grunner gjort per telefon. Det er av praktiske grunner også gjort telefonintervjuer med ulike personer i det nasjonale prosjektet. Til sammen er 68 personer intervjuet i tilknytning til undervisningssykehjemmene og det nasjonale prosjektet. Intervjuene har vært delvis strukturerte og organisert som samtaler som varte mellom 20 og 45 minutter. Intervjuene var lagt opp rundt følgende tema:

- Utdanning, tidligere yrkeserfaring/år i sektoren, nåværende arbeidsoppgaver
- Kjennskap til målene for USP, målene for lokalt prosjekt
- Erfaring med tiltak, delaktighet
- Erfarte situasjoner med kunnskapsdialog, gode eksempler
- Ansvar og myndighet, medinnflytelse på hverdagen, roller og relasjoner
- Behov for kunnskap og muligheter for læring og veiledning
- Prosjektorganisasjon og ledelse
- Utdanningsinstitusjonenes roller og forholdet mellom kunnskapsutvikling, fagutvikling og forskning
- Fremtidsvisjoner, ønsker

Intervjuguiden er basert på en modell om kunnskapsdialoger, og har ut fra målsettingene i prosjektet søkelys på relasjonene mellom yrkesgrupper og nivåer. Makt, myndighet og ansvar har betydning for hvilke kunnskapsdialoger som kan utvikles i de ulike sammenhenger, og på ulike nivåer. I denne sammenhengen er det også betydningsfullt hvilke strukturer og systemer, ledelse og linjer som er virksomme. Undervisningssykehjemsprosjektet har én lokal og én nasjonal prosjektorganisasjon. I de ulike delprosjektene er det tegnet mange organisasjonskart for å prøve å avklare forholdet mellom det nasjonale prosjektet, sykehjemmet og kommunen. Dette ble tematisert og tydeliggjort i intervjuene. I tillegg er de ulike synspunktene som kom frem i diskusjonene på evalueringskonferansen brukt til å utdype og spesifisere problemopplevelsene de ulike aktørene har i dette prosjektet.

Etableringen av Undervisningssykehjemsprosjektet

Ideen bak etableringen av Undervisningssykehjemsprosjektet kom opprinnelig fra Institutt for sykepleievitenskap (ISV) ved Universitetet i Oslo. I 1996 mottok ISV støtte fra Nasjonalt geriatriprogram² til prosjektet «Etablering av universitetssykehjem – effektivt virkemiddel for bedret sykehjemsomsorg?» Søknaden ble utarbeidet av professor Marit Kirkevold, som fremstår som den sentrale initiativtakeren og drivkraften i utviklingen av Undervisningssykehjemsprosjektet (USP). Ideen er hentet fra Teaching Nursing Homes i USA. Dette konseptet gikk ut på å se geriatrisk forskning, utdanning, helse og omsorg i sammenheng. Det omfattet et formalisert samarbeid mellom universitet og sykehjem, at lærerne ved sykepleierutdanningene ved universitetene gikk inn i kliniske kombinasjonsstillinger, og at de aktivt deltok i planleggingen og utførelsen av pleien i institusjonene.

Søknaden førte til at Institutt for sykepleievitenskap ble bedt om å utarbeide «et strategisk- og plandokument for å sikre et grunnlag for eventuelt å realisere en nasjonal plan for undervisningssykehjem» (Kirkevold og Kårikstad 1999:8). Vidar Kårikstad ved ISV ledet prosjektet, og det ble nedsatt en tverrfaglig referansegruppe som skulle vurdere hensiktsmessigheten av en undervisningssykehjemsmodell i Norge. Referansegruppa besto av personer fra universitet og høyskoler, Oslo kommune ved Byrådsavdelingen for eldre og bydelene, Nasjonalt Formidlingssenter i Geriatri (NFG), Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Statens helsetilsyn og Fylkesmannen i Østfold.

Som ledd i arbeidet med utarbeidelsen av en nasjonal plan, ble det arrangert en dagskonferanse med deltakere fra medisinske, sykepleievitenskapelige og helsefaglige universitetsmiljø, høyskoler med videreutdanning i eldreomsorg samt representanter fra kommunene i de fire universitetsbyene. I tillegg var Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn, Nasjonalt geriatriprogram, Statens eldreråd, Fylkeslegen i Akershus og Norges forskningsråd representert. Resultatet av konferansen var en bred enighet om å gå videre med arbeidet med en nasjonal plan for etablering av undervisningssykehjem i de fire universitetsbyene. Samtidig var det enighet om at en videre utvikling og utprøving av ideen ville kreve økonomiske ressurser ut over kommunenes, universitetenes og høyskolenes ordinære budsjetter. Det ble derfor foreslått å oversende planen til Sosial- og helsedepartementet med en søknad om tilskudd. Fra oktober 1997 foregikk mye av arbeidet med den nasjonale planen i fire regionale grupper, satt sammen av representanter fra kommune, høyskole og universitet i hver av universitetsbyene. Prosjektledelsen, ved Kårikstad og Kirkevold, koordinerte arbeidet og integrerte de regionale planene i det nasjonale plandokumentet.³

I henhold til den nasjonale planen skal undervisningssykehjemmene stimulere til økt interesse for fagutvikling og forskning, bidra til å utvikle gode praksismiljøer og på den

² Stortinget bevilget i 1994 10 millioner kroner til en styrking av det geriatriske fagfeltet, og forutsatte at bevilgningene skulle videreføres i fem år innenfor en ramme på 50 millioner kroner. Sosial- og helsedepartementet ga Statens Helsetilsyn ansvaret for å gjennomføre Nasjonalt geriatriprogram i perioden 1994–1999.

³ Kirkevold og Kårikstad (1999).

måten støtte forholdet mellom teori og praksis for helsefaglige og medisinske studenter. Videre skal undervisningssykehjemmene utvikle og tilby ulike former for praksisnær grunn- og videreutdanning, og være et ressurscenter for regionen. Effekten av dette er forventet å være at arbeid innenfor sektoren får økt prestisje og blir mer interessant. Dette forventes i sin tur å føre til økt rekruttering av kvalifisert personale, og hevet kvalitet i sektoren.

Prosjektet var opprinnelig tenkt som en utprøving av en modell for samarbeid mellom ISV, Høgskolen for Diakoni og Sykepleie (HDS) og ett eller to sykehjem i Oslo-området. Samarbeidet skulle dreie seg om kompetanseutvikling, fagutvikling og forskning, og det skulle i første rekke være knyttet til videreutdanningen i eldreomsorg for sykepleiere (Kirkevold og Kårikstad 1999).

Fra ett til sju til mange undervisningssykehjem

Det som opprinnelig var tenkt som et mindre utviklingsprosjekt, knyttet til ett eller to sykehjem i Oslo, utviklet seg etter hvert til et større nasjonalt paraplyprosjekt, med enkeltprosjekter eller delprosjekter i hver av de fire universitetsbyene Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Etter hvert kom flere undervisningssykehjem til, og det kan være vanskelig å danne seg et klart bilde av de ulike prosjektenes status og rolle.

I sin oppsummering av status midtveis i perioden, skriver Kirkevold at prosjektene i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo har status som hovedprosjekter, noe som innebærer at de også er tildelt oppgaven som regionale ressurscentre. Dette blir begrunnet med nærheten til universitets- og høgskolemiljøene. Men allerede i den nasjonale planen blir det fremmet forslag til etablering av ytterligere tre sykehjem, og det åpnes for etableringen av flere sykehjem over tid. I første omgang blir det foreslått at det i tillegg til de fire hovedprosjektene blir etablert undervisningssykehjem i Namdalen, Karasjok og Gjøvik.

Hovedhensikten med å etablere et undervisningssykehjem i Namdalen skulle være å ivareta distriktenes spesielle utfordringer i forhold til utvikling og spredning av kompetanse. Konkret nevnes spredt bosetting, fraflytting, press på eldreomsorgen, stram kommuneøkonomi og problemer med å skaffe fagutdannet helsepersonell. Undervisningsprosjektet i Namdalen ble etablert som et spredningsprosjekt til USP Trondheim. Prosjektet er nå lagt ned som et selvstendig prosjekt. Det er ikke mulig ut fra den skriftlige dokumentasjonen å danne seg et klart bilde av hvorfor prosjektet er avsluttet. Samtidig er det sannsynlig at det i utviklingsforløpet kan ligge læringsmomenter som har overføringsverdi også til andre prosjekter. I forbindelse med en sluttevaluering vil det derfor være viktig å gå nærmere inn på årsakene til at dette prosjektet ble avvirket.

Behovet for et undervisningssykehjem i Karasjok blir begrunnet med utgangspunkt i behovene hos den samiske delen av befolkningen. Karasjok er en av de få kommunene i landet der samer er i sterkt flertall, men pleie- og omsorgstjenesten i kommunen er i liten grad tilpasset den samiske befolkningen. Utfordringen ligger ifølge planen i å styrke bruken av samisk språk og større kulturforståelse om samiske forhold samtidig som tjenestetilbudet utformes med dette som utgangspunkt. Undervisningssykehjemsprosjektet i Karasjok fikk etter hvert status som et eget hovedprosjekt. Begrunnelsen for dette fremgår ikke eksplisitt av dokumentasjonen, men det er klart at etableringen av

Karasjok som et selvstendig hovedprosjekt, bryter med en rekke av forutsetningene i den nasjonale planen. Det kan likevel være gode grunner for en slik løsning, men igjen viser det nødvendigheten av en gjennomgang og drøfting av de opprinnelige forutsetningene.

Når det gjelder Gjøvik, blir etableringen av et eget undervisningssykehjemsprosjekt primært begrunnet med at man her har utviklet kunnskap og erfaringer gjennom tidligere prosjekter som man ønsker å ta i bruk gjennom et formalisert samarbeid mellom Høgskolen i Gjøvik og praksisfeltet. Disse erfaringene er særlig knyttet til bruk av veiledningsgrupper som pedagogisk tilnærming i kompetanseutviklingen.

I løpet av det siste året er nye undervisningssykehjem etablert eller under etablering av Agder, Telemark og Østfold. Fordi disse prosjektene er nye, er det ikke mulig eller hensiktsmessig å ta dem med i denne evalueringen. Underveisevalueringen er derfor avgrenset til prosjektene i Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø, Karasjok og Gjøvik.

Disponeringen av rapporten

I kapittel to settes USP inn i en bredere sammenheng ved at vi presenterer noen overordnede perspektiver på endring og kvalitet i eldreomsorgen. Det blir pekt på at prosjektet tar opp en del generelle problemstillinger som blir ansett som nødvendige endringsbehov i sektoren, mens det unike ved prosjektet er ambisjonene om å etablere samarbeid om kunnskapsutvikling på tvers av sektorer og ansvarslinjer. Det blir gitt en beskrivelse av landskapet rundt prosjektet, et landskap som er preget av økte krav til endring og kvalitet i tjenestene. Beskrivelsen av konteksten og landskapet er viktig for å synliggjøre rammebetingelsene for gjennomføring av USP.

I kapittel to synliggjøres også de implisitte antakelser om sammenhenger og mekanismer som USP bygger på. I evalueringslitteraturen brukes begrepet «programteori» om slike underliggende forutsetninger i et tiltak eller program (Sverdup 2002). Utarbeidelsen av programteorien i USP er i første rekke gjort som utgangspunkt for analysen i kapittel tre.

Mot slutten av kapittel to settes USP inn i en kunnskapsteoretisk sammenheng. Det spesielle med USP er utprøvingen av samarbeidsmodeller mellom universitet, høyskoler, kommuner og andre som driver med fagutvikling og forskning om eldreomsorgen. Ambisjonen er å utvikle ny kunnskap gjennom dialoger mellom de ulike aktørene. Teori om kunnskapsproduksjon og kunnskapsdialoger er utgangspunkt for analysen i kapittel fire.

I kapittel tre spør vi i hvilken grad organisering og styring i USP har vært hensiktsmessig i forhold til prosjektets mål. Teori om *lærende organisasjoner* blir trukket inn for å gjøre programteorien i USP mer eksplisitt, og dermed analyserbar. Med dette som utgangspunkt kan vi beskrive utviklingen i prosjektene og sammenlikne hva som faktisk skjer med de forutsetningene som USP bygger på..

For hvert av prosjektene beskrives og vurderes organisatoriske løsninger, konkrete tiltak og foreløpige resultater. Mot slutten av kapitlet gis en oppsummering og innspill til videreføringen.

I kapittel fire diskuteres hvordan de kunnskapsutviklende ambisjonene i prosjektet kan forstås i lys av teori om kunnskapsproduksjon og kunnskapsdialoger. Kapitlet fokuserer på hvilke typer kunnskapsdialoger som har funnet sted, hva slags kunnskap som er utviklet, og hvilken betydning denne kunnskapen kan ha i forhold til utviklingen av nye organisasjons- og bemanningsmodeller i sykehjem, nye samarbeidsmodeller mellom sykehjem, den øvrige kommunale helsetjenesten, pårørende, sykehus, universitet, høyskoler og andre i sektoren. Kapitlet avsluttes med konklusjoner og anbefalinger for en videreføring av prosjektet.

Kapittel 2 Perspektiver og sammenhenger

I dette kapitlet presenteres ulike perspektiver på USP. Først settes prosjektet inn i en bredere kontekst, med vekt på pågående prosesser knyttet til kvalitet og endring i pleie- og omsorgssektoren. Her beskrives eldreomsorgens rammebetingelser og hverdag som forhold som USP har til hensikt å gripe positivt inn i. I et overordnet perspektiv skal ikke prosjektet bare måles på sine faglige og kunnskapsteoretiske ambisjoner og resultater, men også på sitt potensielle og faktiske bidrag til et kvalitetsmessig løft av tjenesteområdet. Hensikten med å presentere konteksten er også å beskrive rammebetingelser som kan forventes å påvirke de resultatene man forsøker å oppnå i USP.

Beskrivelsen av landskapet synliggjør kompleksiteten i sektoren og danner en samlet bakgrunn for de mer spesifikke teoretiske drøftingene som gjøres i forhold til de to neste kapitlenes analyser, drøftinger, konklusjoner og anbefalinger.

Fra det brede, kontekstuelle perspektivet går vi nærmere inn i de uttrykte målene og de mer eller mindre eksplisitte forutsetningene som ideen om USP bygger på. I evalueringsslitteraturen brukes begrepet programteori om forventede sammenhenger og effekter i et tiltak (Sverdrup 2002). Hensikten med å beskrive programteorien i USP er å legge til rette for en sammenlikning av forventede effekter og resultater, og det som faktisk skjer i prosjektet/ene. Dette perspektivet utgjør utgangspunktet for analysen i kapittel tre.

I siste del av kapitlet settes USP inn i en kunnskapsteoretisk sammenheng. Det spesielle med USP er utprøvingen av samarbeidsmodeller mellom universitet, høyskoler, kommuner og andre som driver med fagutvikling og forskning om eldreomsorgen. Ambisjonen er å utvikle ny kunnskap gjennom dialoger mellom de ulike aktørene. Analysen i kapittel fire tar utgangspunkt i dette perspektivet.

Perspektiver på endring og kvalitet i eldreomsorgen

Sykehjemmene er i dag ett av mange typer tilbud innenfor eldreomsorgen, ved siden av blant annet hjemmetjenesten. Målet for eldreomsorgen i sykehjemmene og i hjemmetjenesten er å gi et helhetlig og fleksibelt tilbud ut fra enkeltindividets behov. Utviklingen har to ulike vinklinger: hjemliggjøring, normalisering og boliggingjøring på den ene siden, og økt vekt på medisinsk faglig pleie på den andre siden. Dette har sammenheng med at det i dag er mer komplekse behov hos brukerne, fordi de er mer skrøpelige og eldre enn tidligere brukergrupper, og har et stort pleie- og omsorgsbehov. Det er bred enighet om at utfordringene for sektoren er å bli mer helhetlig, forskningsbasert og brukerfokusert, og samtidig skape en tjeneste som tilfredsstiller medarbeidernes ønske om mening og

kompetanseutvikling (Vinje 2000). Man søker nå nye perspektiver, nye metoder, nye samarbeids- og organisasjonsformer og ny kunnskap for å utvikle og bedre kvaliteten i sektoren. Det er gjort ulike politiske tiltak for å nå disse målene, samtidig som det er etablert fagmiljøer med ansvar for forskjellige funksjoner innenfor geriatrien.

Endringer

Undervisningssykehjemsprosjektet kan ses i sammenheng med en større endringsprosess innenfor helsesektoren på 1990-tallet, og som blant annet munnet ut i Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998–2001, Handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2001, og rundskriv I-13/97, Kvalitet i pleie og omsorgstjenestene, samt tilføring av friske økonomiske midler.

Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998–2001 slår fast at de tradisjonelle arbeidsmåtene i helsetjenesten, basert på legevelde, i dag må erstattes av et teambyråkrati, der mange yrkesgrupper og profesjoner har et tverrfaglig samarbeid (s. 10). Samtidig har pasienters rettigheter kommet mer i sentrum, og både pasienter, pårørende og underordnet personell krever større mulighet for medvirkning og medbestemmelse. En viktig forutsetning for teamarbeid og tverrfaglighet er ifølge handlingsplanen at organisasjons- og ledelsesformene er hensiktsmessige slik at «rett person er på rett plass» (Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998–2001).

Men dette er ikke tilstrekkelig for å heve kvaliteten i eldreomsorgen. Handlingsplanen peker på det dilemma at spesialiseringen i helsevesenet lager flaskehalser. Sterke profesjonskamper innenfor helse- og omsorgssektoren har ifølge handlingsplanen bidratt til at de ulike gruppene har fått egne faglige plattformer, og bygget opp egen kompetanse som har gitt dem rett til visse arbeidsoppgaver. Dette kan føre til at for eksempel sykepleiere føler seg overkvalifisert til en del arbeidsoppgaver. En løsning kan da være at hjelpepleiere overtar en del av disse arbeidsoppgavene. Ifølge handlingsplanen må nøkkelkompetanse brukes mer planmessig enn i dag. «Ledere må få tid og muligheter til å lede, leger, sykepleiere og annet helsepersonell med høyere utdanning må få tid til å gjøre det arbeidet de er spesialutdannet for, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere må få tid til å gi pleie og omsorg» (s. 11).

Dette krever imidlertid stillinger og personer til å fylle stillingene. Dilemmaet innen eldreomsorgen er at det er en mangel på personell. Dette gjelder både hjelpepleiere og de ulike profesjonene. I tillegg er turnover og høyt sykefravær blant de som er i jobb et problem. Til sammen skaper dette negative sirkler som rammer både brukere og personale og som får følger for kvaliteten i eldreomsorgen. Utfordringen i sektoren er i mange tilfeller ikke å få ulike profesjoner og yrkesgrupper til å arbeide i team og fordele arbeidsoppgavene mer hensiktsmessig i forhold til kompetanse, men å ha nok personale til å gjøre de nødvendige oppgavene.

For å bedre på dette forholdet legger handlingsplanen vekt på virkemidler som utdanning, kompetanseheving og differensiering av arbeidsoppgaver for å sikre rekruttering, og redusere turnover i stillingene. Tiltak i handlingsplanen er blant annet å utvikle et kvalifiseringsprogram for ufaglærte i pleie- og omsorgssektoren, desentraliserte utdanninger og etter- og videreutdanning for hjelpepleiere og sykepleiere, bedret pasient-

kontakt i utdanningen etc. Forbedring av organisasjons- og ledelsesmessige vilkår er også fokusert i planen.

Det er i tillegg laget en Handlingsplan for eldeomsorgen 1998–2001 som fokuserer på brukerperspektivet og en individorientert kvalitetsforståelse i forhold til tjenestene. Dette gjenspeiles i tittelen: *Trygghet, respekt og kvalitet*. I tillegg er det et mål å skape en helhetlig tjenestekjede, fleksibilitet og variasjon i forhold til lokale behov, og å legge til rette for økt brukermedvirkning. Handlingsplanen peker på ulike tiltak når det gjelder forbedret infrastruktur, som for eksempel nye bygninger og opprusting av eksisterende bygninger, differensiering av tiltak, presisering av ansvarsforhold, søkelys på brukerne, samt utdannings- og kompetansebehovene, som er blant de ting Undervisningssykehjemsprosjektet tar sikte på å utvikle modeller for.

Kvalitet

Eldreomsorgen handler om både sykdom og helse, og om livskvalitet i hverdagen. Dette involverer både medisinske, sykepleiefaglige og andre profesjoners kvalitetsvurderinger i forhold til brukergruppen. Målgruppen for de ulike tiltakene i Undervisningssykehjemsprosjektet er beboere i sykehjem og deres pårørende, alt personell, studenter, lærere, forskere og kommunale og statlige beslutningstakere. I Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (SHD I-13/97) brukes en definisjon på kvalitet fra Norsk Standard (NS-ISO 8402): «Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov» (s. 8). På tross av en rekke forsøk på å måle kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, har det vist seg at det er like mange kvalitetsmål som det er undersøkelser. Kvalitet vil først og fremst være knyttet til brukerens livskvalitet og opplevelse av trygghet, god omsorg og forsvarlig pleie (op.cit. s. 8). Det er med andre ord i møtet mellom pleier og bruker i hverdagen at kvalitet måles (Slagsvold 2000).

Dilemmaet er at de fleste brukere, pårørende og politikere vil bruke hverdagsbegreper i vurderinger av livskvalitet i hverdagen, mens de ulike profesjonene henter referansene for vurderingene av kvalitet fra sine respektive fagfelt. Dette har sammenheng med at kvalitet er et relativt begrep og må knyttes til spesifikke målsettinger. Kvalitetsbegrepet betyr ulike ting for ulike mennesker, i ulike sammenhenger. Derfor er kvalitetssikring en relasjonell prosess, og samfunnssammenhengen dette foregår i preger kvalitetsbegrepet.

Vi kan forestille oss konkrete forhold i eldreomsorgen som må oppfylles for at vi skal kunne si at dette er kvalitet. Denne typen kriterier er gjerne knyttet til forhold som økonomi, forsvarlige vaktlistor, disponible stillingsressurser etc., som setter rammer for de gode ønsker. Andre forhold er mer generelle og abstrakte, som for eksempel kriteriet om relevans. Disse kriteriene må i større grad konkretiseres i forhold til en bestemt sammenheng. Et annet eksempel er kravet om at brukerne av sykehjemstjenestene skal ha livskvalitet i hverdagen. Dette er et svært abstrakt kvalitetskriterium, som kan romme mange, og helt ulike typer erfaringer for ulike mennesker. For noen er et godt hverdagsliv å ha mulighet for stillhet, for andre å kunne lytte til musikk. For noen er det å kunne se på TV, for andre å ha mulighet til å ta en tur i skogen. Rent allment er det ofte

følelsen av å ha det godt som er avgjørende, mens hva som frembringer denne følelsen varierer fra person til person (Gullestad 1989).

Det unike med Undervisningssykehjemsprosjektet

Når det ikke finnes en overordnet og enkel definisjon av kvalitet, betyr dette at løsningene også må avspeile dette. Å forene mange ulike kvalitetsforståelser krever dialog og forhandling om hva som er relevant kunnskap og om målene som skal nås. Kvaliteten i eldreomsorgen skal sikres på en slik måte at beboerne i sykehjemmene erfarer dette. Det unike med Undervisningssykehjemsprosjektet er integreringen av undervisning, kompetanseheving, forskning og fagutvikling i praksis i hverdagen, og at helsefagutdanningen på flere nivåer inkluderes. For å realisere dette skal man innenfor rammen av prosjektet utforske hvordan perspektiver fra hverdagen i sykehjemmene, fra fagutvikling, kompetanseutvikling, fra utdanningene og fra forskning kan forenes. På denne måten er håpet at sykehjemmene skal fungere som en forlenget arm for andre fagutviklings- og forskningsmiljøer.

Det er mange institusjonelle barrierer mellom vitenskap og praksisfelt. Utdanning, fagutvikling, kompetanseheving og forskning er oppgaver som foregår på atskilte arenaer. Høgskolene, universitetene og kommunene arbeider hver for seg i forhold til de samme problemstillingene, men ut fra ulike profesjoners forståelse av god og relevant kunnskap. Den bærende ideen bak USP-konseptet er at man søker å overstige disse barrierene og utvikle samarbeidsformer for å løse problemene i sektoren på en effektiv måte. For å nå målene skal nasjonalt prosjekt, sykehjem og kommune bidra på ulike måter med stillingsressurser, prosjektmidler og vikarmidler. Høgskolene, universitetene og universitetssykehusene skal bidra med FoU-prosjekter, undervisning av personalet og studentveiledning. Universitetene skal i tillegg bidra med hovedfagstudenter og kliniske forskningsprosjekter, mens sykehusene i tillegg skal bidra med prosjektsamarbeid. Man skal på denne måten heve kvaliteten gjennom å skape ny kunnskap som er relevant på tvers av sektorer og nivåer.

Økte krav til kvalitet

I takt med det økende velstands nivået har befolkningens forventninger til offentlige tjenester også økt. Det rettes stor offentlig oppmerksomhet mot kvaliteten i eldreomsorgen. De økte forventningene er fulgt opp med et lovverk som legger større vekt på individuelle rettigheter, og Sosial- og helsedepartementet har utarbeidet forskrifter og retningslinjer for kvaliteten på helse- og sosialtjenesten i kommunene. Tilbudet skal økes både i omfang og mangfold samtidig som kvaliteten skal bedres (jf. St.meld. nr. 28. 1999–2000, Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorg 2000).

Flere undersøkelser (for eksempel Kjærstad m.fl 1999, Bjørnskau og Stene 1999, Bogen og Nyen 1998, Bogen og Langeland 1989 og NOU 2000:19) har vist at brukere av offentlige tjenester overveiende er svært tilfreds med disse. Parallelt med en økende kvalitetsfokusering står tjenesteapparatet overfor et effektiviseringspress som utfordrer den norske velferdsmodellens legitimitet. Fornylse av offentlig sektor rir både politikere og

administratorer. Troen på private løsninger, stordriftsfordeler i statlig virksomhet og smådriftsfordeler i kommunesektoren der fellesnevneren er organisatorisk spesialisering og færre ledernivåer (ledere), er sterk. Helst skal dette kombineres med en fleksibel og tverrfaglig tjeneste rundt bruker i sentrum. Kvalitets- og effektivitetskrav er ikke alltid lett å kombinere i én og samme løsning (Moland 2002).

Kompetent og tilstrekkelig bemanning

I en situasjon der både kvalitetskrav og de faktiske behovene øker, samtidig som ressurstilgangen er begrenset, opplever sektoren i tillegg et betydelig bemanningsproblem. Fremskrivninger viser at antallet nye arbeidstakere i pleie- og omsorgssektoren må økes betraktelig dersom dagens dekningsgrad skal opprettholdes. Lite tyder på at det vil være mulig å rekruttere det store antallet nye arbeidstakere som da vil trenge i kommunesektoren. Ungdomskullene er ikke store nok, og andelen som velger «kommunale» studier/yrker, er for liten til å dekke etterspørselen etter arbeidskraft. (eks. Moland og Egge 2000, Olsen og Lund 1996, Rødvei 2000, Stambøl 2000, Stølen 1999, Rogdaberg og Stølen 1999). De nærmeste årene vil faktisk bemanningsproblematikken kunne sette begrensninger for en videre utbygging av de offentlige helse- og sosialtjenestene.

Det overordnede målet for alle pleie- og omsorgstjenester er å yte best mulig tjenester til brukerne, så også for forsøkene med å utvikle undervisningssykehjem. Dette målet hviler på en rekke forutsetninger. I vår sammenheng er det rimelig å trekke frem behovet for kompetent arbeidskraft og hvordan dette knapphetsgodet best mulig kan utvikles og fordeles. En ser da også at begrepene kvalitet, høy faglig standard og rekruttering går igjen som en rød tråd både i målsettingen for USP og i en rekke av tiltakene. Flere av de nevnte undersøkelsene peker på at det kan være et positivt samspill mellom disse tre forholdene.

Faglig utvikling (i en rekke former) er et av de viktigste trekkplastrene for å rekruttere og beholde arbeidskraften. Veiledning av nyutdannede, relevant ballast fra grunnutdanningen og arbeidsoppgaver som gir en mulighet til å få brukt ervervede kunnskaper, er også forhold som kjennetegner attraktive arbeidsplasser. De samme forholdene står også sentralt dersom arbeidsgiver ønsker å få deltidsansatte til å jobbe mer. Slik sett burde ideene som ligger til grunn for USP kunne frembringe en rekke gode tiltak i rett tid.

En begrunnelse for USP ligger nettopp i å gjøre noe med rekrutteringsproblemene i eldreomsorgen. Her pekes det særlig på problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell. Det vises til at leger i liten grad velger geriatri som spesialitet, og at sykepleiere med interesse for eldreomsorg gjerne orienterer seg mot hjemmesykepleien. Andre grupper som omtales i forbindelse med rekrutteringsproblemer er ergoterapeuter, fysioterapeuter og hjelpepleiere.

Når det gjelder rekrutteringsproblemene, presenterer USP to hovedforklaringer. Den ene er knyttet til sykehjemmet og eldreomsorgen som arbeidsplass. Det pekes på at nyutdannet helsepersonell i liten grad opplever sykehjemmet og eldreomsorgen som en attraktiv arbeidsplass. Lav prestisje, vanskelige arbeidsforhold, dårlig bemanning, dårlige

lønnsforhold og små muligheter til faglig utvikling blir trukket frem som mulige forklaringer på at eldreomsorgen og sykehjemmene fremstår som en lite attraktiv arbeidsplass.

Den andre forklaringen på rekrutteringsproblemene er knyttet til innhold og organisering av helsefagutdanningene. USP fremhever at mangelen på gode og stimulerende praksisplasser er et problem, og at utviklingen av gode praksismiljøer på sin side vil kunne påvirke forestillingene om eldreomsorgen som arbeidssted i positiv retning.

Undervisningssykehjemmet som løsning på disse problemene bygger på tankegods fra universitetssykehusene, noe som også kommer til uttrykk i den opprinnelige betegnelsen universitetssykehjem (Kirkevold og Kårikstad 1999).

Organisatoriske grep

Foruten de rent faglige utfordringene som ligger i de helse- og sosialpolitiske reformene, har kommunenes ledere i dag ansvar for en større og langt mer kompleks organisasjon enn for noen få år tilbake. Både veksten i seg selv og overgangen fra forvaltningsorganisasjon til en mer strategisk virksomhet har for mange kommuner vært vanskelig. Det arbeides langs flere linjer for å håndtere utfordringene om å yte kvalitativt gode tjenester til brukerne, skape attraktive arbeidsplasser for personalet og oppnå effektive tjenester.

En rekke kommuner har satt i gang omfattende omorganiseringer av tjenesteapparatet for å ta tak i disse utfordringene. I et vellykket pilotprosjekt i Bærum kommune førte dette til at antall nivåer reduseres, mens antall ledere på grunnplanet øker. Disse gis klare mandater og en håndterlig personalgruppe (Moland 2002). Dette gjennomføres parallelt med at de ansatte gis flere oppgaver og noe mer ansvar samtidig som det innføres kvalitetssikringsrutiner. Tanken er at økt ansvar for den enkelte arbeidstaker både kan gi kvalitativt bedre tjenester og økt arbeidsmotivasjon. Dette følges opp med redefinering av både faglige og administrative roller og en betydelig satsing på kompetanseutvikling ved å ansette nye fagkonsulenter og gjennomføre systematisk veiledning.

Utpøving av nye arbeidstidsordninger der de ansatte i fellesskap har ansvar for å sette opp turnus, er et annet eksempel hvor ansvarliggjøring blir forsøkt for å skape mer attraktive arbeidsplasser innen pleie og omsorgstjenestene. Det er også interessant å merke seg at tendensen til økt ansvarliggjøring av de ansatte er ett av de driftsmessige fortrinn som ofte fremheves når private virksomheter driver pleie- og omsorgsoppgaver på oppdrag fra kommuner (Moland og Bogen 2001). Nasjonale og internasjonale erfaringer *kan* tyde på at økt ansvarliggjøring i form av flatere organisasjonsstrukturer både kan bidra til økt effektivitet, økt trivsel for de ansatte og kvalitativt bedre tjenester (Bogen 2001, Bogen 2002).

Langs denne linjen tar kommunale virksomheter – i likhet med industribedrifter – en rekke små skritt på veien mot å utvikle bedre og mer effektive tjenester ved å ansvarliggjøre de ansatte.

Rett person på rett plass og fleksibel bruk av arbeidskraften er blant de fremtredende slagordene i pleie- og omsorgssektoren. De inngår også i målsettingen for USP. Da er det viktig med både tilstrekkelig og relevant kompetanse og forståelse for hvorfor og hvordan den skal brukes. Her er det, som vi skal se, avgjørende at kollektive og individuelle be-

hov kan møtes. Da kommer vi inn på hvordan kompetansespørsmålet håndteres, rent organisatorisk på sykehjemmene.

Det er ikke gitt at opplæring kombinert med delegering av ansvar fører til at de ansatte tar dette ansvaret slik at de forventede kvalitets- og effektivitetsgevinster oppnås.

Skule (1994) gjorde en undersøkelse av bedrifter som forsøkte å øke de ansattes produksjonsansvar. Som ledd i dette ble det gjennomført omfattende opplæring av personalet. Dette inngikk i en større prosess der arbeidslederne overtok oppgaver som tidligere lå hos avdelingslederne. Dette var personal- og budsjettansvar og ansvar for kvalitetssikring. En følge av dette skulle være at også operatørene fikk mer ansvar. Men resultatene uteble. Ved flere bedrifter tok ikke medarbeiderne det ansvaret de hadde fått. Skule konkluderte med at individuell opplæring ikke automatisk medførte resultater i organisasjonslæringen, og dermed ikke gav kollektive gevinster. Han mener dette kan skyldes at «de nye» medarbeiderne ikke ble anerkjent, og i praksis ikke fikk benyttet sine nye fullmakter. Arbeidslederne var ikke flinke til å bruke den nye kompetansen i organisasjonen. Med andre ord: Arbeidslederne hemmet utviklingen av den moderne og utvidede operatørrollen.

Økt fleksibilitet blir lansert i arbeidslivet som et av de viktigste områdene for økt produktivitet. Det er også et tema som både ledere og ansatte vanligvis har sterke meninger om. (Moland 1994, 1997, 2000) Det er vanlig å skille mellom såkalt numerisk og funksjonell fleksibilitet. Bruk av deltid, overtid og skiftordninger er eksempler på en kvantitativ fleksibel bruk av personalressursene. De ansatte tilpasser seg variasjoner i arbeidsbehovet og varierer arbeidstid og arbeidsmengde deretter. Alternativt tilpasses arbeidet arbeidskraftens tilgjengelighet. Det siste er ikke spesielt brukevennlig. Ansatte som varierer arbeidsoppgaver er eksempel på funksjonell fleksibilitet. Mens den numeriske fleksibiliteten i dag har fått et så stort omfang at det overveiende oppfattes som negativt av partene i arbeidslivet, er spesielt arbeidsgiver i dag i ferd med å få øynene opp for mulighetene som ligger i å bedre den funksjonelle fleksibiliteten. Det vil si at de ansatte håndterer en viss bruker- og oppgavebredde (Moland 1997).

En fleksibel bruk av arbeidskraften favoriseres for eksempel av at tjenesten er organisert slik at de ansatte kan jobbe med flere typer brukere og utføre et bredt oppgavespekter. Dette varierer veldig fra kommune til kommune. Her er sykehjemmene vanligvis kommet kortere enn de hjemmebaserte tjenestene.

Et annet viktig poeng er at den ansatte forstår sin plass i tjenestekjeden. For å oppnå at de ansatte tar tak i det «nye ansvaret» og er villige til å jobbe mer variert, er det viktig at alle relevante roller defineres tydelig, at «noen» forventer levering og at det er kollektiv oppslutning om den nye modellen. Dette forutsetter forståelse for flere oppgaver enn de en er spesialist på. Samtidig er det viktig å få høre og bli belønnet for at egen innsats er viktig i forhold til sluttresultatet. Dette handler ikke bare om pedagogisk ledelse og lønssystemer, men også om hvordan arbeidet er organisert. Har man for eksempel gode fora for reell tverrfaglig diskusjon med bruker i sentrum? Det er foreløpig ikke gjort så mange studier av hvordan norske kommuner løser den nye miksen av arbeidstakeransvar og arbeidslederansvar. Antakelig bør økt ansvar til de ansatte skje samtidig med at det gis økt ansvar og myndighet til arbeidsleder. I beskrivelser av kommunal organisasjonsutvikling kan det virke som om noen kommuner har gjennomført ansvarlig-

gjøring av ansatte parallelt med at arbeidslederen (for eksempel avdelingsleder, boveileder) har blitt svekket og til dels fjernet. Resultatet kan bli fremvekst av uformelt lederskap som per definisjon ikke kan ansvarliggjøres, og som kan ha andre interesser enn kommunens (Freeman 1972, Moland 1999).

Harriet Gullvåg Holter kritiserte så langt tilbake som i 1952 ledelsesforskningen for å ha gjort for lite for å forstå hvilke motivasjonsfaktorer som påvirker arbeidstakerens arbeidsinnsats (Gullvåg 1952). Når ansatte skal gis mer ansvar, må lederrollen bygge opp under dette. En rekke undersøkelser viser at lederens evne til å fungere som lagleder, tilrettelegger og omsorgsperson er den mest påfallende suksessfaktoren dersom en ønsker å skape attraktive (og effektive) arbeidsplasser (Strand 2001, Moland 2002). Nærværende ledere er viktige på de fleste arbeidsplasser, uavhengig av bransje. Men det gjelder i spesielt stor grad i pleie- og omsorgssektoren, der de ansatte yter tjenester til brukere med «umettelige» og sammensatte behov, der en har uklare grenser, høyt arbeidspress, mange marginale arbeidstakere⁴ og stort kommunikasjonsbehov.

Med de siste avsnittene har vi pekt på at kompetanseutvikling ikke bare må være rettet mot faglige temaer, men også mot bruken av kompetansen og arbeidsmiljøet. Likeledes at anvendelse av ervervet kompetanse er viktig både for å motvirke mistrivsel og turnover, for ansvarlig- og selvstendiggjøring, for effektiviteten og selvsagt for pasienten. Ledelsesproblematikken er primært trukket inn med sikte på evalueringen av USP-prosessens organisatoriske forankring. Men ledelsens håndtering av kompetansespørsmålet er også viktig for prosjektets mulighet for å lykkes i den daglige virksomheten på sykehjemmet.

Mellom tiltak og håndtering

Tro er en viktig drivkraft i utviklingsarbeid. Derfor har også troen på at bestemte organisasjonsmodeller, opplæringstiltak, arbeidsmiljøtiltak osv. er mer gunstige enn andre med henblikk på effektivitet, kvalitet og arbeidsmiljø som en verdi i seg selv (Ohlsson og Rombach 1998). En kan nok finne modeller som er gunstigere enn andre for bestemte formål, men i den praktiske hverdagen er organisasjonsklarhet og utøvende ledelse enda viktigere enn modellvalget. Har virksomhetene utviklet klare mandater, en god kommunikasjon og forutsigbarhet for ansatte og brukere, spiller det mindre rolle om organisasjonsmodellen heter A, B eller C. Og motsatt: Uklarhet åpner for produktivitetstappende konflikter og usikkerhet blant personalet, dårlig samarbeid og ineffektiv virksomhet og derav også redusert tjenestekvalitet. Da hjelper det lite om modellen en tilstreber egentlig er god. Innføring av en ny modell kan virke positivt i seg selv dersom den setter i gang refleksjon over mål, strategier og virkemidler. Dersom den derimot overtas som en kopi, kan vondt lett bli verre. Det er mange eksempler på kommuner som har etterliknet modeller fra såkalte suksesskommuner og fått merke at kopien ikke var så lett å overføre på egne forhold (Moland 1999).

⁴ Mange ansatte i små stillinger, høyt vikarbruk, ekstravakter, økende gjennomtrekk, etter hvert også mange ansatte med flerkulturell bakgrunn som kan ha dårlig språk- og kulturforståelse.

Det er gjennomført en del undersøkelser der temaet har vært kjennetegn ved attraktive arbeidsplasser og velfungerende kommunale organisasjoner. Bestemte tiltak, vedtak og modellvalg kommer ganske langt ned på listen over suksessfaktorer. Noen modeller eller tiltak kan riktig nok ha et større potensial enn andre, men resultatet står og faller på håndteringen og kjennetegn ved produksjonen og arbeidskraften. Kvalitet, effektivt og godt arbeidsmiljø fordrer god kommunikasjon og en klar organisasjon. Den vanskelige oppgaven ligger i å utforme en organisasjonsstruktur og -kultur som øker sannsynligheten for at anførere og medarbeidere får virksomheten et skritt i ønsket retning.

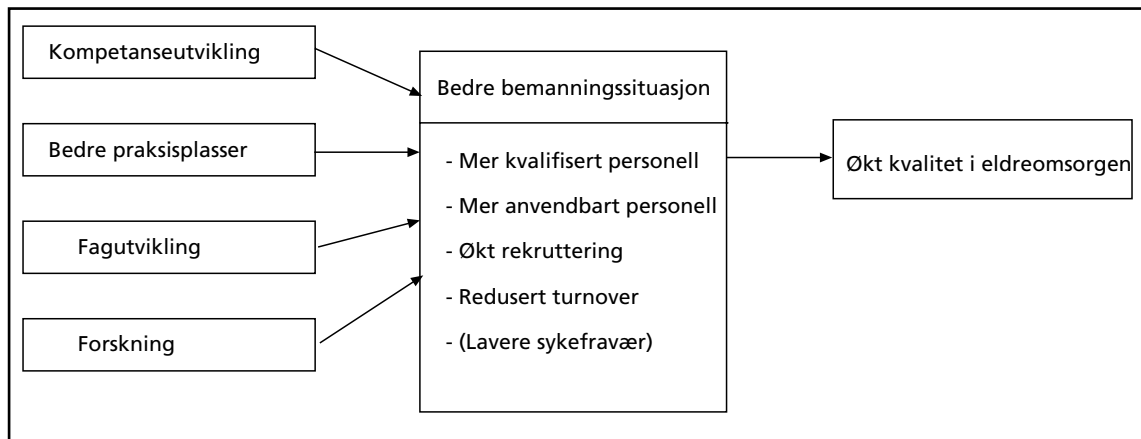
Mål og forutsetninger i USP

De uttrykte målene for USP blir i den nasjonale planen presentert slik (Kirkevold og Kårikstad 1999):

1. Å bidra til å heve og sikre kvalitet og kompetanse relatert til gamle, med særlig vekt på sykehjemstjenestene,
2. å løfte deler av geriatrik omsorgsarbeid opp på et høyt faglig nivå som et bidrag til å heve omsorgsarbeidets faglige prestisje og bedre rekrutteringen,
3. å etablere et akademisk miljø på sykehjem for å stimulere til økt interesse for fagutvikling og forskning knyttet til fysisk, psykisk og sosial helse og funksjonsevne for beboerne i norske sykehjem,
4. å utvikle gode praksismiljøer for helsefaglige og medisinske studenter i grunn- og videreutdanning, og gjennom dette å øke kompetansen knyttet til eldre, og bedre rekrutteringen til eldreomsorgen.

Det overordnede målet for Undervisningssykehjemsprosjektet er å bidra til økt kvalitet i eldreomsorgen. De andre hovedmålene kan betraktes som virkemidler for å nå dette målet. Prosjektet bygger på en grunnleggende antakelse om at man ved å satse på kompetanseheving og faglig utvikling kan bidra til å heve omsorgsarbeidets faglige prestisje og dermed også øke rekrutteringen til sektoren. Videre vil man stimulere til økt interesse for forskning om spørsmål som har relevans i eldreomsorgen. Utviklingen av gode praksismiljøer for studenter i helsefaglig utdanning er et fjerde virkemiddel for kompetanseheving og økt rekruttering. De underliggende forutsetningene om sammenheng mellom mål og virkemidler i prosjektet kan sammenfattes i modellen i figur 1.

Figur 1 Underliggende forutsetninger i Undervisningssykehjemsprosjektet



Kunnskapsbegrepet i Undervisningssykehjemsprosjektet favner vidt, ved at man både ønsker å ta i bruk forskning og akademisk kunnskap og å synliggjøre og systematisere den praksisnære kunnskapen som er utviklet gjennom arbeid i eldreomsorgen. Det påpekes at det å ta forskningsbasert kunnskap i bruk på en systematisk og kritisk måte krever høy faglig kompetanse, og det antydes at eksisterende kunnskap om eldre og deres behov i for liten grad blir tatt i bruk i det daglige arbeidet i eldreomsorgen. Samtidig legges det vekt på betydningen av å anerkjenne og bygge videre på den kunnskapen som helsepersonellet allerede har. Det vises til begreper som lærende organisasjoner og problembasert og deltakerstyrt læring. Videre heter det at «slike alternative tilnærminger til kompetanseutvikling er utgangspunktet for undervisningssykehjemsprosjektet».

I planen skisseres videre en rekke organisatoriske forutsetninger for etableringen av undervisningssykehjem (s. 23–24):

- Sykehjemmene bør være relativt moderne sykehjem med en fast tverrfaglig personell-sammensetning, og med et helhetlig tilbud til den eldre delen av befolkningen.
- Tilbudene ved sykehjemmet bør omfatte sykehjems-, skjermet demens-, rehabiliterings- og korttidsavdelinger, samt dagtilbud.
- Størrelsen på sykehjemmet bør være på 70–200 senger.
- Offentlig transport mellom utdanningsinstitusjonene og sykehjemmet bør være lett tilgjengelig.
- Ledelsen må ønske å inngå et formelt, forpliktende samarbeid, og må ha vilje til medansvar for formidlingen av de erfaringer som gjøres i prosjektet.
- En av stillingene ved sykehjemmet bør være knyttet til fagutvikling og undervisning.
- Det må være kontorplasser og egnede undervisningslokaler i eller i nær tilknytning til sykehjemmet.
- Alle som ansettes i prosjektet bør ha kontrakt for prosjektets lengde.

- Det bør være fire stillinger tilknyttet prosjektet ved hvert enkelt sykehjem.
- Ansvar for forskning, fagutvikling og kompetanseutvikling ved det enkelte sykehjem bør ligge hos en professor/førsteamanuensis i full stilling. Denne bør ha sykehjemmet som hovedarbeidssted, men være ansatt ved universitetet.
- Det vil være behov for en kombinasjonsstilling for høgskolelektor, en forskerstilling og en sekretær i 50 prosent stilling. Lektoren er tenkt ansatt ved høgskolen, men med minimum 50 prosent av sin stilling i undervisningssykehjemmet. Ansvarsområdet er primært tenkt å dekke kompetanseutvikling, undervisning og veiledning av studenter og pleiepersonell.
- Forskerstillingen er ment å ha delvis tilknytning til forskningsaktiviteten (fortrinnsvis gjennom et doktorgradsprosjekt). Ut over dette har man tenkt at forskeren skal inngå som en ressursperson i forhold til arbeid med kompetanse- og fagutvikling i sykehjemmet. Det antydes at forskerstillingen bør være en åremålsstilling, med en ansettelse på fire år, der tre av årsverkene skal benyttes til forskning, mens den resterende tiden benyttes til undervisnings-, veilednings- og kliniske oppgaver i sykehjemmet. Forskeren bør ha sitt arbeidssted ved sykehjemmet.
- Når det gjelder integreringen av aktivitetene ved undervisningssykehjemmet i den kommunale helse- og sosialtjeneste, anbefales det at denne blir ivaretatt gjennom en delt stilling mellom kommune og prosjekt.
- Sykehjemmene må være kommunalt drevet.
- Prosjektene bør ha delfinansiering fra sentrale myndigheter.

Disse forutsetningene peker i retning av et prosjekt som er både ambisiøst og ressurskrevende. I evalueringssammenheng blir det relevant å stille spørsmål om realismen i disse forutsetningene. Gitt rammebetingelsene i den kommunale eldreomsorgen, er det mulig å utvikle en undervisningssykehjemsmodell basert på disse forutsetningene? Et annet sentralt spørsmål er i hvilken grad de ulike elementene er hensiktsmessige i forhold til målene i prosjektet. Dette er spørsmål vi vil komme tilbake til i evalueringen. I den forbindelse er det viktig å huske på utgangspunktet, der tanken var et avgrenset utviklingsprosjekt, basert i Oslo. Den utviklingen prosjektet etter hvert fikk som et nasjonalt prosjekt, med fire hovedprosjekter og etableringen av en rekke «satellitter» eller spredningsprosjekter, betyr at forutsetningene må vurderes i lys av denne utviklingen. Ikke minst er det viktig å diskutere forutsetningene i forhold til en eventuell videreføring av konseptet.

Når det gjelder den nasjonale samordningen, blir det lagt opp til at denne skal ivaretas av en nasjonal koordineringsgruppe med deltakelse fra prosjektlederne fra alle undervisningssykehjemmene. De viktigste oppgavene til koordineringsgruppa skal være

1. å sikre samarbeid mellom de fire undervisningssykehjemmene ved å samarbeide om felles oppgaver og arbeidsfordeling for å unngå duplisering av oppgaver og tiltak,
2. å overse det nasjonale prosjektet for å sikre at det utformes i tråd med politiske målsettinger og prosjektets hensikt,

3. å fungere som kontaktledd vis-à-vis sentrale myndigheter, faglige organisasjoner, fagforeninger m.m.

Kunnskapsdialoger og kunnskapsproduksjon

I Undervisningssykehjemsprosjektet er det en målsetting å utvikle ny og relevant kunnskap for eldreomsorgen gjennom et tettere samarbeid mellom forskning og praksisfelt. Prosjektet skal utvikle modeller og arbeidsformer som stimulerer til utvikling av denne typen kunnskap. Innenfor rammen av prosjektet er det satt i gang tiltak på mange nivåer for å få dette realisert. De sentrale oppgavene for undervisningssykehjemmene er ifølge en kort oppsummering av status midtveis i prosjektperioden fra det nasjonale prosjektet (Kirkevold 2001):

1. Å utrede hvilke kvalifikasjoner personalet må ha.
2. Å sørge for kompetanseheving, etter- og videreutdanning.
3. Å utprøve organisasjons- og bemanningsmodeller som sikrer tilfredstillende kvalitet.
4. Å utprøve samarbeidsmodeller mellom sykehjem og den øvrige kommunale helsetjeneste, mellom sykehjem og sykehus og mellom sykehjem og pårørende.
5. Å fungere som ressurscenter for pleie- og omsorgstjeneste i regionen/fylket.
6. Å samarbeide med helsefaghøgskolene og universitetene om utdanning av personell.
7. Å være sete for fagutvikling og klinisk forskning for eldreomsorgen.

Felles for tiltakene i sykehjemmene er at organisasjonsmessige, personalpolitiske og faglige tiltak er sett i sammenheng. Dette er i tråd med de behovene man mener er nødvendig for sektoren for øvrig. Det spesielle for Undervisningssykehjemsprosjektet er utprøvingen av samarbeidsmodeller mellom universitet, høyskoler, kommuner og andre som driver med fagutvikling og forskning for eldreomsorgen, og ambisjonen om å utvikle ny kunnskap. Denne kunnskapen skal ikke bare styres av vitenskapens interne kvalitets- og relevanskrav, men være relevant for praksisfeltet og beboerne i sykehjems-hverdagen. Mens et økt teoritilfang skal bidra til at teori og forskning tas i bruk, heve prestisje og fremme rekruttering, og heve kvalitet og kompetansenivået i eldreomsorgen, skal praksisfeltet bidra til at teoriutviklingen og forskningen blir mer praksis- og brukernær. Fagutviklings- og forskningsprosjektene har forankring i praksis, med bruk av vitenskapelige metoder for dokumentasjon og gjennomføring. Systematikk, metodisk stringens, dokumentasjon og resultatvurdering krever teoretisk innsikt og kompetanse. Dette hentes fra forskningsverdenen. Utprøving i hverdagen samt refleksjon og vurderinger av effekter krever nærhet til beboer og praksisfelt. Dette er praksisfeltets særlige kunnskap. Synergieffekten av disse ulike perspektivene er forventet å være ny kunnskap, som både er relevant i hverdagen i eldreomsorgen, i utdanning og forskning. Samtidig antas det at hele arbeidsformen og erfaringene med den for å nå frem til denne nye

kunnskapen kan være en modell for andre sykehjem og ha overføringsverdi til andre deler av eldresektoren.

Prosjektet har på denne bakgrunn satt seg høye mål, og kan skrives inn i en generell tendens til at den tradisjonelle forskningsbaserte kunnskapsproduksjonen ved universitetene utfordres av nye former for kunnskapsproduksjon. I en kunnskapsteoretisk diskusjon om hva disse endringene betyr, er det gjort et skille mellom tradisjonell (Modus 1) og ny kunnskapsproduksjon (Modus 2) (Gibbons 1994). Tradisjonell kunnskapsproduksjon er preget av at kunnskapen utvikles innenfor vitenskapens interne relevans- og kvalitetskriterier, og at forskningen drives innenfor fagdisiplinens rammer. Universitetenes rolle har tradisjonelt vært å produsere kunnskap innenfor sin egen sfære, som så er spredd gjennom utdanning og til praksisfeltet. Forskerne forteller praksisfeltet hvordan verden «er». Den nye kunnskapsproduksjonen preges av at personer med ulik faglig tilhørighet og kompetanse samarbeider om å løse problemer som relaterer seg til ulike konkrete sammenhenger i samfunnet. Forskningen har nytte av praksisfeltets kunnskap, og det er mer likeverdige posisjoner i utvikling av kunnskap. Dette gjøres innenfor løsere organisatoriske rammer enn i de tradisjonelle universitetene og liknende institusjoner, og man arbeider i større grad i uformelle nettverk med tidsavgrensede samarbeidsrelasjoner. Innenfor en Modus 2-forståelse er motsetningen mellom vitenskap og samfunn opphevet. Kvalitetssikringen foregår ikke bare i forskningsverdenen, og dette skaper et bredere sett av gyldig kunnskap. Den nye formen for kunnskapsutvikling er preget av dialog om kunnskap i konkrete sammenhenger. En konsekvens av dette er at skillet mellom forskning, utdanning og praksis utviskes, og at refleksjon og diskusjon inngår som en viktig del av kunnskapsutviklingen. I beskrivelser av ny kunnskapsproduksjon skilles det mellom svak og sterkere grad av situasjonstilknytning. Medisin og helse anses som et kunnskapsområde som preges av sterk situasjonstilknytning. I slik kunnskapsproduksjon er prosessene preget av direkte dialoger mellom ulike aktører. De organisatoriske rammer er mindre institusjonaliserte, har mer karakter av forhandlingsarenaer, og metodene er eksperimentelle og undersøkende i forhold til å utvikle ny kunnskap om det som erfarer som relevante problemstillinger av alle de involverte (Gibbons 2001).

Undervisningssykehjemsprosjektet har mange av trekkene som kan knyttes til en sterkt situasjonstilknyttet ny kunnskapsproduksjon. Prosjektet tar utgangspunkt i en forståelse av kunnskapsutvikling som noe som foregår mellom mennesker i et praksisfelt, for å nå noen mer samfunnsmessige målsettinger for en bedret eldreomsorg. Sykehjemmene anses som lærende organisasjoner, og det daglige praktiske arbeidet skal danne utgangspunktet for undervisning, kompetanseutvikling, forskning og fagutvikling. Innenfor rammen av prosjektet foregår kunnskapsdialoger i mange sammenhenger, og ett trekk er at kunnskapsproduksjon og kvalitetssikring er mer prosessuell, læringsorientert og endringsorientert enn målrettet.

Tradisjonell og ny kunnskapsproduksjon foregår samtidig

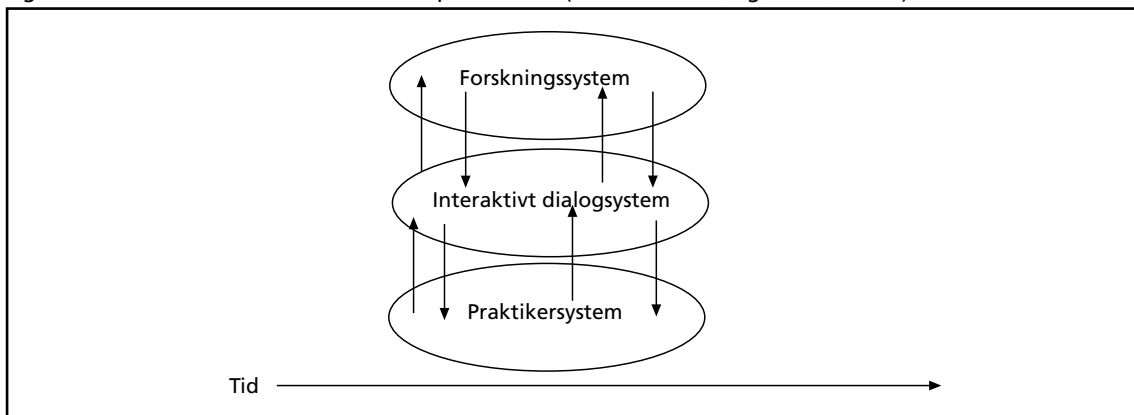
Et eksempel på at vitenskap og samfunn har mer likeverdige roller i kunnskapsutviklingen i USP, er at det er lagt politiske føringer gjennom handlingsplanene og kvalitetsfor-

skriften for at kunnskapsproduksjonen innenfor eldreomsorgen i større grad skal foregå i praksisfeltet. Praksisfeltets egne erfaringer og vurderinger kan på denne måten få økt anseelse.

Samtidig er det slik at den tradisjonelle kunnskapsproduksjonen foregår innenfor de ulike utdanningsinstitusjonene. Dette skyldes blant annet at universitet og høyskoler har ansvar for å utdanne og gi faglig godkjenning av nye leger, sykepleiere, fysioterapeuter etc., og for profesjonsrelevant videreutdanning og forskning. Man kan derfor si at den tradisjonelle og den nye kunnskapsproduksjonen ikke er gjensidig utelukkende, men fungerer samtidig, og gjensidig utfyllende, i forhold til komplekse behov. Nyten av å opprettholde et skille mellom teori og praksis er å sikre en viss nødvendig tregheit og kontinuitet i kunnskapsproduksjonen. Andre sider ved kunnskapsutvikling kan best ivaretas ved at motsetningen mellom teori og praksis på ulike måter blir forsøkt opphevet. Dette øker kompleksiteten i Undervisningssykehjemsprosjektet og fører med seg en implisitt tvetydighet i prosjektet. Utfordringen blir å forene disse perspektivene og slik at begge typer kunnskapsproduksjon får gyldighet.

En måte å håndtere denne kompleksiteten på er å fokusere på hva slags forutsetninger som må til for at samhandling mellom forskning og praksis kan fungere etter intensjonene med prosjektet. Gjennom et forskningsprosjekt om kunnskapsutvikling i kommunal sektor i Sverige er det i en doktorgradsavhandling utviklet en modell for interaktiv kunnskapsdannelse mellom teori og praksis. Denne modellen kan være et nyttig redskap for å anskueliggjøre hvordan slike dialoger kan arte seg.

Figur 2 En modell for interaktiv kunnskapsdannelse (Jonsson 2001, fig. 16:1, s. 245)



Modellen illustrerer hvordan to «handlingssystemer», det vil si forskning og praksis, møtes som likeverdige parter, og synliggjør betydningen av møtestedet. Interaktivt dialogsystem er arenaen der dialoger, refleksjon, læring og kunnskapsutvikling om et felles problem foregår. Forskerne bringer med seg kunnskap fra vitenskapen til dialogen, og praktikerne fører kunnskap fra praksisfeltet til dialogen. Begge grupper fører kunnskap og informasjon tilbake til sine arenaer, og dette kan ses på som en stadig pågående utviklingsprosess (Jonsson 2001). Kravet til organiseringen av samhandling i slike kunnskapsdialoger omfatter:

- Utvikling av felles mål
- Likeverdig delaktighet
- Avklarte roller og relasjoner
- Felles identitet som gruppe
- Et avklart skille mellom hverdagspraksis og kunnskapsdialogene

Kunnskapen som produseres i slike dialoger er situasjonstilknyttet og forutsetter en gjensidig tillit, selv om dominansforholdet kan variere. Forskerens rolle i interaktiv kunnskapsutvikling er å være teorileverandør, lede dialoger, strukturere, sammenfatte og dokumentere. Praktikerne har å anvende og teste ut kunnskap og å formidle erfaringer fra praksisfeltet. Dette er en forenkling av forskjellene, men illustrerer hvordan kunnskap, ansvar og myndighet henger sammen. Man kan si at forskerne har definisjonsmakt, mens praktikerne har situasjonsmakt. Til sammen gir dette både forskningsmessige, praktiske og samhandlingsmessige effekter. Praktikerne oppnår faglig og personlig innsikt, identitetsutvikling og rolleforståelse. De erfarer effekter av egen kunnskap og innsikt, og kan derfor bedre se på seg selv som modeller for andre, for eksempel som modell for kunnskapsutvikling i andre institusjoner eller regioner. Forskningsmessige resultater er at man får ny kunnskap om praksisfeltet, og at man får utviklet nye metoder og analytiske verktøy for kunnskapsutvikling (Jonsson 2001, s. 241–318).

Denne modellen beskriver en vertikal prosess og synliggjør dermed behovet for en felles plattform eller et møtested for de ulike deltakerne i dialogene. Ut fra de komplekse sammenhengene innenfor eldreomsorgen skjer imidlertid ikke kunnskapsdialoger bare som en vertikal dialog mellom individer på ulike nivåer i et kunnskapshierarki, som for eksempel mellom sykepleievitenskapelig forsker og sykepleier. Kunnskapsdialogene skjer også horisontalt, mellom individer med ulik profesjonsbakgrunn, som for eksempel fysioterapeut og sykepleier, og på ulike måter med forskere og lærere ved universitet, høyskole og videregående skole. En konsekvens av dette er at det kan være ulike, men like gyldige, vurderinger av kunnskapens kvalitet og relevans i kunnskapsdialogene, og at man må ha høy grad av anerkjennelse av andres perspektiver og diskutere seg frem til felles målsettinger i de enkelte situasjoner og sammenhenger.

Skillet mellom Modus 1 og Modus 2 er et teoretisk oppgjør med en lineær forståelse av kunnskapsutvikling, til fordel for en erkjennelse om at det fins mange former for kunnskapsproduksjon. Teorien viser at den tradisjonelle universitetsforskningen er i krise på grunn av sin utilstrekkelighet i møtet med den sosiale verden, og hvordan forholdet mellom teori og praksis arter seg i ny kunnskapsproduksjon. Ny kunnskapsproduksjon har større sosial robusthet, fordi den utsettes for reelle innvendinger og tar inn over seg et bredere sett av erfaringer og implikasjoner. Den interaktive dialogmodellen er en forenklet illustrasjon på hvordan kunnskapsdialogene arter seg og betydningen av arenaer for slike dialoger. Universitet og høyskoler har bruk for begge typer innsikt for å kunne utvikle god kunnskap for praksisfeltet.

Kapittel 3 Organisering og styring av USP

I dette kapitlet ser vi nærmere på styringen og organiseringen av de ulike undervisningssykehjemsprosjektene. Datagrunnlaget for denne delen av evalueringen er skriftlige dokumenter fra de enkelte prosjektene samt erfaringer som kom frem på evalueringskonferansen. Spørsmålene som stilles er knyttet til organisatoriske løsninger og konkrete tiltak i Undervisningssykehjemsprosjektet. Hvor hensiktsmessige har organisasjonsmodeller, arbeidsformer og aktiviteter vært i forhold til målene i prosjektet? I hvilken grad har de løsningene som er valgt bidratt til økt rekruttering, høyere faglig nivå og bedre kvalitet i tjenestene? Hvilke erfaringer er gjort ut fra de tiltakene som er iverksatt? I hvilken grad er disse erfaringene i samsvar med de underliggende forutsetningene i prosjektet?⁵

Undervisningssykehjemsprosjektet som lærende organisasjoner

Allerede i den nasjonale planen for Undervisningssykehjemsprosjektet blir uttrykket «lærende organisasjon» brukt, og underveis i prosjektperioden er utviklingen av lærende organisasjoner blir formulert som et eksplisitt mål for flere av de lokale prosjektene. På evalueringskonferansen la flere av deltakerne vekt på at man nå var i ferd med å utvikle undervisningssykehjemmene som lærende organisasjoner. Hva ligger i dette begrepet, og hva er bakgrunnen for at begrepet har fått en så sentral posisjon i prosjektet?

En del av forklaringen kan være at begrepet er i takt med Kompetansereformen og tidens retorikk om kunnskapssamfunnet. Tenkningen om det lærende samfunn har langt på vei har fått status som ideologi og forståelsesform, det vil si som en måte å forstå og forklare verden og hverdagen på (Grepperud og Toska 2000). Visjonen om det lærende samfunn deles av ulike aktører med ulike interesser å ivareta. For den enkelte kan mer utdanning bidra til selvrealisering og til å styrke sin posisjon i arbeidsmarkedet. For politikerne kan kompetanseutvikling bidra til løsningen av komplekse samfunnsproblemer. For arbeidslivet kan kunnskap bidra til økt lønnsomhet, effektivitet og omstilling. Og for utdanningssystemet kan satsingen på livslang læring bety nye muligheter til inntjening og vekst (Grepperud og Toska 2000).

En generell definisjon av læring er tilegnelse av kunnskap eller ferdigheter gjennom studier, opplevelser/erfaringer eller undervisning (Nielsen og Kvale 1999). Vi kan skille mellom to hovedformer for læring. Teoribasert undervisning skjer i form av formell undervisning i klasserom eller skoler, løstrevet fra praksis. Erfaringsbasert læring foregår utenfor, eller som et supplement til det etablerte utdanningssystemet, for eksempel med

⁵ Den skriftlige dokumentasjonen er i hovedsak utarbeidet av prosjektlederene i de lokale prosjektene. Det foreligger lite materiale som beskriver samordning, organisering og tiltak på nasjonalt nivå. Fremstillingen og evalueringen vil være preget av dette.

arbeidslivet som læringsarena.⁶ Når vi betrakter undervisningssykehjemmene som lærende organisasjoner, innebærer det derfor en forestilling om at sykehjemmene ikke bare er mottakere av kompetanse som er utviklet i universitets- og høyskolesektoren, men at sykehjemmet i seg selv er en viktig læringsarena og en selvstendig produsent av kompetanse.

Lave og Wenger (1991) legger vekt på læring som finner sted gjennom deltakelse i sosial praksis. Tilegnelsen av kunnskap, ferdigheter og holdninger skjer gjennom deltakelse i et praksisfellesskap. Læringen skjer gjennom handling, gjennom observasjon og imitasjon. Evaluering av læring finner i hovedsak sted ved direkte tilbakemelding i arbeidssituasjonen. Dette perspektivet innebærer at det legges vekt på sosiale eller organisatoriske prosesser, mens kognitive prosesser og individuell læring kommer i bakgrunnen.

Vektleggingen av de organisatoriske aspektene ved læringsprosessene understreker også kompleksiteten når det gjelder å ta individuell kompetanse i bruk i organisatorisk praksis. Skule (1994) oppsummerer sine resultater når det gjelder mekanismer som hindrer individuell kunnskap i å bli transformert til organisatorisk praksis gjennom disse punktene:⁷

- Faste og snevert definerte prosedyrer ga lite rom for å prøve ut ny praksis
- Etablert arbeidsdeling hindret deltakerne i å prøve seg på tilgrensende områder
- Deltakerne hadde ikke autoritet til å endre prosedyrene
- Uvitenhet blant kolleger og ledere ga lite rom for å diskutere nye løsninger
- Motstand mot forandring blant kolleger
- Frykt for uformelle sanksjoner og sosial isolasjon hvis man ikke tilpasset seg etablert praksis
- Desillusjonering og misnøye med at bedriften ikke fulgte opp

Disse punktene understreker betydningen av å se kompetanseutvikling, ledelse og organisering i sammenheng.

Det å ta utgangspunkt i undervisningssykehjemmene som lærende organisasjoner betyr ikke en ensidig vektlegging av praksisbasert læring. Forskning og teoretisk innsikt vil ofte være en forutsetning for praksisbasert læring, der teori utgjør grunnlaget for å reflektere omkring praksis. Det at deltakerne har den nødvendige basiskompetanse er ofte en forutsetning for videre læring (Dalin 1999).

Lærere og veiledere har en sentral rolle i en lærende organisasjon, ikke minst i forhold til formidlingen av språk og begreper. Når praksis blir kommentert av en veileder,

⁶ Det er i og for seg interessant å se hvordan Undervisningssykehjemsprosjektet (som tidlig i planleggingsfasen ble kalt *universitetssykehjemsprosjektet*) vektlegger begrepet lærende organisasjoner samtidig som nettopp den skolebaserte læringsformen – undervisningen – inngår i navnet. Dette kan tolkes som uttrykk for en innebygd spenning i prosjektet.

⁷ Gjengitt etter Larsen m.fl. 1997.

utvikles også studentenes (i vid forstand) mulighet til å reflektere over egen praksis (Schön 1983). Tilgang på faglig støtte og veiledning blir derfor også beskrevet som et viktig kjennetegn ved en lærende organisasjon (Dalin 1999, Skule og Reichborn 2000).

Martinsen og Wærness (1991:125) understreker forskningens sentrale funksjon i forhold til å begrepsfeste virkeligheten i sykepleiefaget.

Forskning for å få mer innsikt i sykepleien mener vi er nødvendig. Vitenskapens pretensjon er å begrepsfeste virkeligheten, redegjøre for saksforhold og gjøre den tause kunnskapens rom mindre. (...) Å være en dyktig sykepleiepraktiker innebærer å kunne klare å bruke de mange muligheter den tause kunnskapen i faget gir, på samme tid som hun også kan vurdere hvordan vitenskapelig kunnskap kan brukes.

Begrepet taus kunnskap brukes om en form for kunnskap som ikke formidles gjennom språk. Det skjelles mellom en form for kunnskap som er prinsipielt taus og som ikke kan verbaliseres fullt ut, og en form som er taus i øyeblikket, men som i prinsippet kan verbaliseres (Polanyi 1966/2000, Nielsen og Kvale 2000). Kunnskap kan også oppfattes som taus dersom den ikke blir hørt eller ikke blir akseptert fordi den representerer andre erfaringer og et annet ståsted enn det som er rådende på arbeidsplassen (Alsterdal 1999).

Vår analytiske tilnærming innebærer ingen normativ vurdering. Det er ikke vår hensikt å idyllisere eller demonisere den ene eller den andre læringsformen. Utviklingen av lærende organisasjoner forutsetter trolig at det utvikles et samspill mellom undervisning, forskning og arbeidsliv, der man kombinerer ulike former for skolebasert og praksisbasert læring. Dette er også et sentralt perspektiv i forbindelse med Kompetansereformen (NOU 1997:25, St.meld. nr. 42 1997–98). Et mer formalisert samarbeid på tvers av sektorene universitet, høyskoler og kommuner presenteres også som den bærende ideen i Undervisningssykehjemsprosjektet.

Det som er vårt anliggende her er å se nærmere på den faktiske vektleggingen av ulike læringsformer og læringsarenaer i prosjektene. Hvilke forhold påvirker sykehjemmenes valg av virkemidler i kompetanseutviklingen? Hvilke konsekvenser får dette i forhold til målene i prosjektet? I hvilken grad og på hvilken måte bidrar de ulike tiltakene til bedre kvalitet, bedre bemanningssituasjon eller mer kvalifisert personale?

USP Oslo

Tåsenhjemmet Bo- og rehabiliteringssenter i Sogn bydel er kjerneinstitusjonen i USP Oslo. Sykehjemmet ble åpnet i 1973, og har plass til 133 pasienter/beboere.⁸ Valget av Tåsenhjemmet som kjerneinstitusjon ble opprinnelig tatt etter råd fra Byrådsavdelingen for helse og eldre i Oslo kommune. Ifølge egevalueringen viste ledelsen ved sykehjemmet umiddelbar interesse og entusiasme for prosjektet.

⁸ http://www.undervisningssykehjem.net/info_oslo/generelt.htm

De øvrige hovedsamarbeidspartnerne i USP Oslo er Universitetet i Oslo ved Institutt for sykepleievitenskap (ISV) og Universitetsenheten i geriatri, samt Høgskolen for Diakoni og Sykepleie (HDS).

Oslo-prosjektet står på mange måter i en særstilling i det nasjonale Undervisningssykehjemsprosjektet. Det prosjektet Kirkevold opprinnelig hadde sett for seg var et enkelt, avgrenset prosjekt med utgangspunkt i ett eller to sykehjem i Oslo, og med HDS og Universitetet i Oslo som hovedsamarbeidspartnere. Gjennom forprosjektet og forberedelsen av den nasjonale planen ble samarbeidsrelasjonene i Oslo etablert og prosjektplanen utformet. Både prosjektmedarbeidere, institusjonsledelsen og de ansatte ved sykehjemmet var derfor godt forberedt da USP formelt startet opp i januar 1999.

Kirkevold gikk inn i Oslo-prosjektet som prosjektleder, og Kårikstad, som også var sentral i utarbeidelsen av den nasjonale planen, ble ansatt som FoU-koordinator.

Ut fra forhistorien til prosjektet, deltakelsen fra sentrale aktører og forberedelsene gjennom pilotprosjektet, lå Oslo-prosjektet i utgangspunktet nært opp til intensjonene og de organisatoriske forutsetningene som ble trukket opp for Undervisningssykehjemmene i den nasjonale planen.

Prosjektledelse og -bemanning

Som nevnt gikk Kirkevold inn som prosjektleder i halv stilling, mens Kårikstad ble ansatt som FoU-koordinator i USP Oslo, også han i halv stilling. Begge var ansatt ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap, men oppholdt seg ved Tåsenhjemmet to dager i uken. Videre arbeidet en høskolelektor fra Høgskolen for Diakoni og Sykepleie det første året av prosjektperioden ved Tåsenhjemmet fire dager i uken med ansvar for oppfølging av høskolestudenter i grunn- og videreutdanning innen eldreomsorg.

De øvrige prosjektmedarbeiderne tok det lengre tid å få ansatt, men i løpet av høsten 1999 ble en sekretær og en fagutviklingskonsulent knyttet til prosjektet, begge i 50 prosent stilling.

I august 2000 ble det også ansatt en klinisk stipendiat som skulle arbeide i 75 prosent stilling med et doktorgradsarbeid om trivsel i sykehjem. De resterende 25 prosent av stillingen skulle benyttes i veiledning og andre USP-relaterte oppgaver på Tåsenhjemmet. Så langt ser vi at man i Oslo etter hvert fikk en modell som langt på vei var i tråd med forutsetningene i den nasjonale planen.

Forutsetningen om stabilitet i bemanningen i hele prosjektperioden viste seg derimot å være vanskelig å oppnå. Underveis i prosjektet har det vært flere utskiftninger. I februar 2001 gikk fagutviklingskonsulenten over i ny stilling som høskolelektor ved HDS. Det tok flere måneder å få ansatt en ny person i stillingen. Også i sekretærstillingen har det vært utskifting underveis i perioden.

Utvidelsen av det nasjonale Undervisningssykehjemsprosjektet, med etableringen av nye spredningsprosjekter, skapte etter hvert store krav til samordning og veiledning, og Kirkevold fikk ansvaret for å lede og koordinere det nasjonale prosjektet. Fra mars 2001 ble det derfor ansatt en ny prosjektleder ved USP Oslo. Den nye prosjektlederen ble ansatt i full stilling, og erstattet de to halve stillingene som prosjektleder og FoU-

koordinator. Kårikstad sluttet i prosjektet 1.1.2001, men fortsatte i et engasjement i 20 prosent stilling frem til sommeren.

Ut fra dokumentanalysen er det vanskelig å få et klart inntrykk av hvordan arbeidsdelingen mellom de ulike prosjektmedarbeiderne var tenkt, og også hvordan dette faktisk fungerte. Det fremgår heller ikke tydelig i hvilken grad de ulike medarbeiderne var finansiert av midler fra prosjektet. Det har derfor ikke vært mulig å få et dekkende bilde av hvor mange stillinger eller årsverk som faktisk ble dekket av prosjektet. Dette er en vesentlig begrensning i materialet, som gjør det vanskelig å vurdere resultatene i forhold til de ressurser som er brukt. I forbindelse med en eventuell sluttevaluering av Undervisningssykehjemsprosjektet vil det være helt nødvendig å ha mer detaljert informasjon om den faktiske ressursbruken i prosjektene.

Organisatorisk forankring

Styringsgruppa i USP Oslo har hatt møter omtrent tre ganger hvert halvår. Gruppa har bestått av representanter fra Høgskolen, UiO og Oslo kommune, samt de største arbeidstakerorganisasjonene. Styringsgruppa har hatt det overordnede ansvaret og trukket opp linjene for aktivitetene i nært samarbeid med prosjektleder. Ifølge egnevalueringen har styringsgruppa hatt en «viktig støttende funksjon». Ut over dette er det lite informasjon om hvilken rolle gruppa faktisk har hatt i utformingen av prosjektet. Ikke minst er det vanskelig å danne seg et bilde av prosjektets forankring i kommunen og bydelen. Hovedinntrykket fra dokumentanalysen, supplert med inntrykk fra konferansen, er at samarbeidet mellom prosjektledelsen og institusjonsledelsen i USP Oslo i hovedsak har vært godt, både i forberedelsen og gjennomføringen av prosjektet. Mye tyder på at Kirkevold i kraft av sin faglige posisjon og rolle i Undervisningssykehjemsprosjektet, har hatt stor grad av autonomi som prosjektleder for USP Oslo.

I forbindelse med evalueringskonferansen var spørsmålet om prosjektenes organisatoriske forankring et sentralt tema. Styrer ved Tåsenhjemmet ga klart uttrykk for at en forankring av prosjektet i linje under institusjonssjefen ville føre til en betydelig svekkelse av relasjonene til universitets- og høgskolesektoren. Samtidig understreket hun at gode samarbeidsrelasjoner mellom prosjekt og sykehjem var en viktig forutsetning for at prosjektet skulle lykkes.

Av dokumentasjonen fra prosjektet fremgår det at det i perioder har vært uklarhet og usikkerhet knyttet til saker som hadde innvirkning på driften av sykehjemmet. Hvilken type saker dette dreier seg om, blir ikke nærmere konkretisert. Uklarheten førte imidlertid til at beslutningene ble løftet opp til bydelsnivå, ved at det ble opprettet et eget beslutningsorgan bestående av prosjektleder, institusjonssjef og pleie- og omsorgssjefen i bydelen.

Interne samarbeidsfora

Det er brukt mye tid i prosjektet på å finne frem til egnede samarbeidsfora internt på sykehjemmet. Den viktigste formelle samarbeidsarenaen lokalt er USP-møtene. Her deltar prosjektmedarbeiderne, institusjonsledelsen og høgskolelektoren. Den første tiden ble USP-møtene avholdt ukentlig, men etter hvert gikk man over til å ha møter hver 14.

dag. En gang i måneden har man utvidet møtene med deltakelse fra hovedtillitsvalgte og pleie- og omsorgssjefen i bydelen.

Ved Tåsenhjemmet opprettet man også en såkalt arbeidsgruppe. Denne gruppa besto av representanter fra hver av sengeavdelingene og en fra serviceavdelingene. Intensjonen var at arbeidsgruppa skulle fungere som høringsinstans og diskusjonsforum i saker av betydning for personalet. I henhold til statusrapporten fra september 2001 var imidlertid gruppa preget av lav møteaktivitet og dårlig fremmøte. I egenevalueringen blir det påpekt at arbeidsgruppa ikke var tilstrekkelig for å ivareta behovet for samspill mellom prosjektet og personalet på grunnplanet i institusjonen.

Ifølge egenevalueringen er samarbeidet med mellomlederne og den direkte kontakten opp mot postene et viktig forbedringspunkt. Mangelfull kontakt og samarbeid med mellomlederne i institusjonen har ifølge egenevalueringen ført til at disse ikke har hatt nok kjennskap og eierforhold til aktivitetene i prosjektet.

Eksternt samarbeid

Når det gjelder det eksterne samarbeidet, har samarbeidet med Høgskolen for Diakoni og Sykepleie (HDS) ifølge egenevalueringen i hovedsak fungert godt. Høgskolens bidrag til prosjektet har i første rekke bestått i tilførsel av lærerressurser til sykehjemmet og FoU-ressurser til relevante prosjekter. Vi antar at det er snakk om indirekte tilskudd i form av forskerpersonell.

I utgangspunktet var samarbeidet mellom prosjektet og høgskolen preget av lav grad av formalisering, og inntrykket er at samarbeidet i stor grad har vært knyttet til enkeltpersoner. Underveis i prosjektet ble det avdekket et behov for å formalisere samarbeidet. Av konkrete tiltak ble det foreslått å utforme en formell avtale mellom høgskolen og Tåsenhjemmet/USP. Det ble også foreslått at referater fra USP-møtene skulle oversendes HDS, og at personer fra USP skulle delta på fagmøter ved HDS. Formålet med dette skulle være å annonsere behov og interesse for at ansatte på høgskolen skulle benytte Tåsenhjemmet som base for sitt forskningsarbeid.

Samarbeidet med Ullevål sykehus ved geriatrisk avdeling har i første rekke bestått i undervisning og veiledning fra sykehusets side.

Informasjon og kommunikasjon

I alle undervisningssykehjemmene er det en uttrykt målsetting at prosjektet skal integreres som en del av den daglige virksomheten. I den forbindelse er det blant annet lagt stor vekt på at prosjektmedarbeiderne skal være fysisk til stede på sykehjemmene. Ifølge egenevalueringen tok det en del tid å skaffe egnede kontorfasiliteter ved Tåsenhjemmet. Det tok også lang tid å få alt til å fungere på IT-siden, noe som delvis skyldtes at man skulle koble seg til universitetets IT-system.

Sett utenfra, er det forståelig at man er opptatt av egnede kontorfasiliteter, fungerende IT-systemer, internettoppkobling m.v. Samtidig er det grunn til å spørre i hvilken grad en kontorplass på sykehjemmet er tilstrekkelig for å ivareta behovet for synlighet og fysisk tilstedeværelse blant personalet. I handlingsplanen for det nasjonale prosjektet blir det fremhevet at tanken *ikke* er å rekruttere folk til administrative funksjoner, men

til praktisk virksomhet (Kirkevold og Kårikstad 1999). Det er ikke dermed sagt at egne kontorfasiliteter er uviktig, men det er viktig å reise spørsmålet om ikke krav til synlighet, åpenhet og kommunikasjon forutsetter at prosjektmedarbeiderne også i stor grad er synlige *utenfor* kontoret.

Når det gjelder informasjonstiltak, ser det ut til at man har prioritert å informere gjennom formelle møter, nyhetsbrev og utvikling av egne prosjektsider på internett. Igjen er det vanskelig ut fra materialet å trekke noen entydige konklusjoner om effekten av informasjonstiltakene i forhold til ressursinnsatsen. Det er også viktig å vurdere hensiktsmessigheten av ulike informasjonstiltak i forhold til ulike målgrupper. Prosjektets hjemmesider gir inntrykk av at disse har de ansatte på sykehjemmet som sin primære målgruppe. Hvis de ansatte i liten grad har tilgang til internett i hverdagen, er det grunn til å spørre om dette er veien å gå. Behovet for synlighet og relevans ute i avdelingene blir også tydelig understreket i egnevalueringen:

«Likeledes må prosjektmedarbeiderne bli mer synlige i avdelingene, slik at personalet opplever samarbeidet som mer direkte integrert i avdelingens liv og virke. Lykkes en ikke i det, kan de stramme personell- og tidsrammene føre til desiljjon og forkasting av undervisningssykehjemmet blant personalet. »

For at personalet skal oppleve samarbeidet som en naturlig del av hverdagen i sykehjemmet, er det likevel ikke nok med synlighet og god informasjon og kommunikasjon. Den viktigste forutsetningen vil trolig være at innholdet i prosjektaktivitetene oppleves som relevant i forhold til de utfordringene man møter i hverdagen i eldreomsorgen. Vi vil nå gå nærmere inn på de ulike tiltakene som er gjennomført i regi av prosjektet.

Kompetansehevende tiltak

Det har vært gjennomført en rekke ulike kompetansehevende tiltak ved USP Oslo. Ifølge egnevalueringen deltok en tredjedel av de fast ansatte ved Tåsenhjemmet i ett eller flere slike tiltak i løpet av de første to årene i prosjektet. Av dokumentasjonen fremgår det at tilbudet om formell opplæring i første rekke har vært rettet mot sykepleierne og hjelpepleierne.

Som et ledd i samarbeidet med Høgskolen for Diakoni og Sykepleie har Tåsenhjemmet kjøpt to øremerkede plasser i videreutdanningstilbudet ved høgskolen. Deltakerne har gått inn i det ordinære videreutdanningstilbudet, men har gjennomført fordypningsoppgaver på emner som har vært relevante for sykehjemmet. Undervisningssykehjemssprosjektet har bidratt med vikarmidler til avdelingene for å dekke opp studiedager, lesedager og eksamensdager for de som har vært ute i formelle opplæringstiltak. Prosjektet har videre bidratt med pensumlitteratur. Fagbiblioteket ved institusjonen er også utbedret gjennom midler fra prosjektet, blant annet med tilgang til tidsskrift- og bokdatabaser.

I løpet av prosjektperioden er det utviklet et klinisk stigeprogram for sykepleiere. Dette arbeidet har skjedd i nær kontakt med Norsk Sykepleierforbund. Retningslinjene til NSF åpner for at sykepleiere kan oppnå status som kliniske spesialister på to måter. Den ene bygger på en klinisk videreutdanning, den andre er basert på klinisk erfaring og

uformelle kompetansetiltak. I USP Oslo har man ønsket å legge til rette for begge disse opplæringsløpene.

Som en første del av den kliniske stigen ved Tåsenhjemmet ble det utviklet et program som strekker seg over ett år. Programmet inngikk i en satsing for å rekruttere og beholde sykepleiere. Det består av seks moduler, der undervisning, veiledning og faglig fordypning utgjør hovedelementene. I 1999 deltok åtte sykepleiere i dette programmet. Året etter deltok seks sykepleiere i vårsemesteret og fire i høstsemesteret.

For hjelpepleiere og andre ansatte med eksamen fra videregående skole er det utviklet en tilpasset deltidsutdanning i eldreomsorg. Tilbudet er utviklet i samarbeid med Opplæringsetaten i Oslo kommune. Programmet har bestått av seks moduler, fordelt over tre semestre. En fordypningsoppgave og veiledning inngår i programmet.

Blant de ufaglærte har deltakelsen i formaliserte opplæringstilbud vært lavere. I henhold til egevalueringen har i alt seks pleieassistenter startet med hjelpepleierutdanning som privatister.

I tillegg til de formelle kompetanseutviklingstiltakene, har personalet ved en av postene i prosjektperioden mottatt veiledning som et ledd i samarbeidet med Ullevål sykehus, Klinikk for geriatri og rehabilitering.

Fagutvikling

Ifølge egevalueringen har fagutviklingsarbeidet ved USP Oslo tatt utgangspunkt i en prosess der hver avdeling, i dialog med prosjektet, fant frem til områder som de ønsket å arbeide videre med. Dette førte til formuleringen av følgende avdelingsvise satsningsområder:

- Utredning og utprøving av en modell for bedret palliativ omsorg i sykehjem
- Utprøving av erindringsgrupper for bedre trivsel og velvære blant sykehjemsbeboere
- Utprøving av en modell for lysbehandling av urolige demente
- Bruk av refleksjonsgrupper for å bedre evnen til å vurdere beboernes behov, samt iverksette individrettede tiltak
- Utredning av problemstillinger knyttet til bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten omkring rehabiliteringstrengende eldre

I tillegg er disse institusjonsovergripende tiltakene satt i gang:

- Bedring av rutiner knyttet til vurdering av ernæringstilstand og ivaretagelse av ernæringsbehov hos utsatte pasienter, samt gjøre måltidene til hyggelige sosiale situasjoner
- Utarbeidelse av en mal for felles dokumentasjon av pleie, omsorg og behandling
- Bevisstgjøring og kompetanseheving i forhold til å håndtere etiske problemstillinger i møte med sykehjemsbeboere

Erfaringene som rapporteres er generelt positive og oppsummeres med at tiltakene så langt har ført til stort engasjement blant personalet. Tilbakemeldingene fra lederne er at

prosjektene har ført til holdningsendringer som blant annet gir seg utslag i at de ansatte viser mer initiativ i forhold til tiltak som kan gi økt kvalitet, og de er villige til å se kritisk på egen praksis.

Også på dette området fremgår det klart av egevalueringen at de viktigste hindringene er mangelen på tid og vikarer, noe som gjør det vanskelig å skape tilstrekkelig rom for fagutviklingsarbeid. De ansatte opplever det som et reelt dilemma mellom å møte pasientens presserende behov her og nå, eller satse på fagutvikling som kan bedre tilbudet for pasienten på litt lengre sikt.

Ifølge egevalueringen vil man nå vurdere om arbeidet med fagutvikling kan organiseres annerledes. En løsning som vurderes er å knytte dette arbeidet nærmere opp mot lektorenes og studentenes innsats i avdelingene.

Studentpraksis

Det første året i prosjektperioden var en lektor fra HDS til stede ved Tåsenhjemmet fire dager i uken. I tillegg til oppfølging av studenter i grunnutdanningen, hadde høgskolelektoren ansvar for å veilede og undervise personalet etter ønske og henvendelse fra avdelingene. Det fremgår imidlertid ikke i hvilken grad og på hvilken måte personalet faktisk benyttet seg av denne muligheten.

For høgskolestudentene ble det lagt opp en studentpraksis som skulle knytte studentenes arbeid opp mot problemstillinger som avdelingene hadde prioritert i sine handlingsplaner. Man gjorde i denne perioden også erfaringer med at studenter og lærere fra høgskolen overtok driften av avdelinger for at personalet skulle få mulighet til å delta på kurs, arbeide med handlingsplaner m.v. Omfanget av slike aktiviteter og de konkrete erfaringene som ble gjort, fremgår ikke av materialet.

Studenter i videreutdanningene ble invitert til å gjennomføre sine fordypningsoppgaver i tilknytning til Tåsenhjemmet. Det ble stilt som forutsetning at studentene arbeidet med temaer som var relevante i forhold til sykehjemmets eller avdelingenes satsningsområder. For ansatte ved sykehjemmet som deltok i formell videreutdanning, ble det stilt som krav at oppgavene ble knyttet opp til satsningsområdet ved egen avdeling.

Det andre året i prosjektet kom nye lærere inn i prosjektet. Fra høgskolen sin side ble det satt av tid til fagutvikling, mens tilbudet om studentundervisning og veiledning ikke ble videreført. Dette førte ifølge egevalueringen til at opplegget ble endret mer i retning av tradisjonell studentpraksis.

I henhold til prosjektdokumentene gjenstår det mye før sykehjemmet fremstår som et godt læringsmiljø for studenter i grunnutdanningen. Det er igangsatt en utredning i regi av USP som skal analysere hvilke betingelser som må være til stede for å sikre et godt læringsmiljø. Dette arbeidet skal munne ut i et forslag om hensiktsmessig organisering av læring ved Tåsenhjemmet som skal følges opp i den gjenværende prosjektperioden.

Forskning

Ifølge egevalueringen har forskningsaktivitetene så langt i prosjektet i stor grad vært knyttet til gjennomføringen av hovedfagsarbeider. I mai 2000 var tre hovedfagsarbeider avsluttet, og ytterligere fire var under avslutning. Tre av hovedoppgavene ble utarbeidet

i tilknytning til kartleggingsundersøkelser som ble igangsatt i forbindelse med pilotprosjektet. Publikasjonslisten fra USP Oslo omfatter fire hovedoppgaver ved Institutt for sykepleievitenskap, UiO. Temaene for oppgavene er sammenheng mellom arbeidsmiljø og kompetanseutvikling, kompetansekartlegging blant hjelpepleiere, lederkompetanse i undervisningssykehjem og relasjoner blant pleier og pasient.

Titlene gir inntrykk av stor grad av relevans i forhold til sykehjemshverdagen. Det ville vært interessant med mer informasjon om den faktiske bruken av resultatene i sykehjemmene. Hvordan er disse formidlet til ledelsen og de ansatte? I hvilken grad er kunnskapen fra disse prosjektene integrert i praksis? Igjen gir datamaterialet i liten grad svar på disse spørsmålene.

Det fremgår av dokumentene at forskningsaktiviteten i USP i den siste prosjektperioden i større grad blir ivarettatt av den nasjonale prosjektledelsen. I den sammenheng er det blant annet utarbeidet et notat om hva som skal være satsningsområdene for forskning i det nasjonale prosjektet, og man har søkt Norges forskningsråd om midler til et prosjekt som i gjennomføringen vil involvere flere av undervisningssykehjemmene.

Rekruttere – ja, men beholde?

Sett under ett, har det vært en betydelig aktivitet i USP Oslo når det gjelder kompetanseutvikling i prosjektperioden. Det sentrale spørsmålet er hvilke konsekvenser disse tiltakene har hatt i forhold til rekruttering og turnover blant personalet.

Når det gjelder målet om økt rekruttering, har man ved Tåsenhjemmet erfart at prosjektet har hatt en positiv effekt på rekrutteringen av både sykepleiere og hjelpepleiere. Da man våren 1999 utlyste fire sykepleierstillinger gjennom en ordinær stillingsannonse, fikk man ingen søkere til stillingene. Det ble da utformet en ny annonse som aktivt markedsførte Undervisningssykehjemsprosjektet og Tåsenhjemmets program for å rekruttere og beholde sykepleiere. Dette førte til at man fikk ti søkere til åtte ledige stillinger. Det ble ansatt sju sykepleiere som alle gjennomførte programmet og ga positive tilbakemeldinger om dette. Også når det gjaldt hjelpepleiere, opplevde man at målrettet annonsering ga resultater i form av flere søkere.

Samtidig er det en viktig erfaring fra prosjektet at økt rekruttering alene er en problematisk indikator for måloppnåelse i USP. Ved Tåsenhjemmet opplevde man at det var vanskelig å holde på de nyansatte sykepleierne. Fire av sju sluttet etter ett år ved sykehjemmet. Én flyttet til en annen del av landet for å ta videre skolegang, to sluttet på grunn av hjemmesituasjonen/personlige forhold, og én sluttet på grunn av frustrasjon over manglende mulighet til å ta den nye kunnskapen i bruk i det daglige arbeidet ved sykehjemmet.

Det at personell med ny kompetanse slutter, er problematisk på flere måter. Det at verdifull kompetanse og ressurser forsvinner ut av sykehjemmet, og i verste fall også ut av sektoren, er problematisk i seg selv. Men det at nyansatte får tilbud om kompetanseutvikling, og siden slutter, kan også føre til økt arbeidsbelastning og lavere motivasjon for de som er igjen i organisasjonen. Denne typen tendenser vil forsterkes dersom de gjenværende heller ikke har fått tilbud om de samme utviklingsmulighetene. Hvordan opplever den stabile delen av personalet det dersom det satses store ressurser på å re-

kruttere og utvikle nytt personell, mens de selv blir utsatt for innsparing og nedskjæringer? Hvordan påvirkes motivasjonen dersom arbeidsbelastningen øker ved at deler av personalet tas ut i formelle kompetansetiltak uten at det blir satt inn vikarer? Og ikke minst, hvilke konsekvenser får det for arbeidsmiljøet og kvaliteten på tjenestene om de nyansatte forsvinner ut av organisasjonen uten at sykehjemmet og de øvrige ansatte har hatt nytte av kompetansehevingen?

Økt satsing på kvalifisering av ufaglærte med lang erfaring?

Selv om prosjektet førte til økt rekruttering, er likevel den generelle erfaringen fra USP Oslo at et stramt arbeidsmarked gjør det vanskelig å rekruttere og beholde kvalifisert pleiepersonell. Tall fra Tåsenhjemmet viser at det i første rekke er hjelpepleier- og sykepleierstillingene som er utsatt for høy turnover. I USP Oslo har dette underveis i prosjektet ført til en mer målrettet satsing på å formalisere og utvikle kompetansen hos erfarne pleieassistenter, som utgjør den mest stabile delen av personalet. Fremdeles er likevel opplæringsaktivitetene rettet mot denne gruppa begrenset i omfang. Som tidligere nevnt, har seks pleieassistenter hittil fått støtte til hjelpepleierutdanning gjennom den eksisterende privatistordningen. Det fremgår ikke klart i hvilken grad prosjektet bidrar med tilrettelegging av opplæring for denne målgruppa.

Formell videreutdanning kan gi større belastninger

Når det gjelder sykefravær, har det ikke vært et eksplisitt mål for Undervisningssykehjemsprosjektet å påvirke dette. Som det også blir påpekt i egenevalueringen, er imidlertid sykefraværet en sentral rammefaktor for driften av sykehjem, som også vil kunne ha stor betydning for gjennomføringen av kompetanse- og fagutviklingstiltak. Det er derfor interessant å merke seg at man finner en generell nedgang i sykefraværet ved Tåsenhjemmet i prosjektperioden. Samtidig er det et viktig funn at det er store variasjoner mellom avdelingene. I de ulike avdelingene er det iverksatt ulike typer kompetanseutviklingstiltak. En nærliggende tolkning er at hvilken type kompetanseutvikling som iverksettes, kan ha betydning for sykefraværet. På to av postene så man en økning i sykefraværet i prosjektperioden. Kompetanseutviklingen på disse postene var kjennetegnet av at mange av de ansatte deltok i formaliserte opplæringsprogram. Tilbakemeldingen fra de ansatte på disse postene er at de er tilfredse med de kompetansehevende tiltakene, men at omfanget av disse har ført til store belastninger på personalet.

På en annen post så man en markant nedgang i antall sykemeldinger i perioden. På denne posten har personalet i hele prosjektperioden mottatt ukentlig veiledning på arbeidsplassen. Tilbakemeldingene fra de ansatte har vært positive. En viktig erfaring er derfor at omfanget av kompetanseutviklingstiltak må vurderes nøye i en arbeidssituasjon som i utgangspunktet er preget av mangel på tid og personell. Videre er det klart at hvilken type kompetanseutvikling som gjennomføres også vil kunne ha store konsekvenser for arbeidsbelastningen for de som er igjen. Selv om også andre forhold spiller inn i forhold til sykefraværet, er det rimelig å anta at kompetanseutvikling som skjer i tilknytning

til arbeidsplassen og som holder fravær relatert til kompetanseutvikling på et lavt nivå, også vil redusere merbelastningen på det øvrige personalet.

Ved Tåsenhjemmet erfarte man også at det var vanskelig å skaffe vikarer, selv om prosjektet stilte vikarmidler til rådighet. Dette viser at romslige økonomiske rammer i prosjektene ikke vil være tilstrekkelig for å møte problemer som er knyttet til lav bemanning og trange økonomiske rammer i sykehjemmene.

Nettverksbygging

Når det gjelder nettverksbygging og spredning fra USP Oslo, blir situasjonen litt spesiell. På den ene siden hadde man her de organisatoriske rammene på plass og var godt forberedt da prosjektet formelt ble startet opp. Gjennom pilotprosjektet hadde man også gjennomført en stor del av forarbeidet med kartlegging av kompetansebehov hos personalet. Av den grunn hadde USP Oslo også de beste forutsetningene for å høste erfaringer og utvikle ny kunnskap i den første perioden. Kirkevold har hatt en sentral rolle i prosjektet, først som initiativtaker og sentral aktør i utformingen av det nasjonale prosjektet, så som prosjektleder for USP Oslo og etter hvert som prosjektleder og koordinator for det nasjonale prosjektet. I prosjektperioden har hun også ivarettatt betydelige oppgaver i forhold til de andre prosjektene i form av veiledning, koordinering og formidling. Dette kan kanskje i første rekke betraktes som en form for modellspredning i forbindelse med planlegging og igangsetting av nye prosjekter. Formidling av konkrete resultater og erfaringer fra USP Oslo kan betraktes som en annen form for spredning.

I årsrapporten for 2000 for USP Oslo skisseres åtte tiltak som skal ivareta målet om spredning:

- Etablere et forpliktende nettverkssamarbeid mellom alle høyskolene i øst-/sørlandsområdet
- Etablere gode samarbeidsrelasjoner med Undervisningssykehjemsprosjektet på Gjøvik
- Presentere resultater fra kartleggingsundersøkelsen på årets Nordiske gerontologiske kongress
- Dokumentere prosesser og resultater fra prosjektets ulike delprosjekter på en grundig, kritisk og effektiv måte
- Videreføre hjemmesiden for prosjektet for effektiv kommunikasjon og formidling
- Utgi nyhetsbrev om aktiviteter, tilbud m.m. minst to ganger årlig
- Delta og presentere prosjektet i ulike faglige fora
- Utforme en plan for mediehandling i forbindelse med prosjektet

Disse tiltakene retter seg mot ulike målgrupper og kan ivareta ulike behov. Ett er utformet med tanke på høyskolesektorens behov for informasjonsutveksling og samordning. Ett er rettet mot satellittprosjektet på Gjøvik. Noen ivaretar behovet for formidling av forskningsresultater i akademiske fora, mens andre er utformet med tanke på informa-

sjonsbehovet i det lokale prosjektet. Det er imidlertid vanskelig å se hvordan noen av disse tiltakene skal kunne ivareta behovet for å formidle kunnskap og erfaringer fra prosjektet til andre sykehjem og de hjemmebaserte tjenestene i Oslo eller Østlandsregionen. Det er heller ikke gitt at ansvaret for denne typen spredning bør ligge hos prosjektlederne i de lokale prosjektene. Det som er viktig å understreke her er at det er behov for en mer systematisk tenkning i forhold til organisatoriske løsninger og overføringsmekanismer som også kan sikre kunnskapsspredning i praksisfeltet.

Oppsummering

- Med sin spesielle forhistorie ligger USP Oslo sannsynligvis nært opp til den opprinnelige tanken om hva Undervisningssykehjemsprosjektet skulle være. De nære relasjonene til universitets- og høyskolemiljøet er ivaretatt gjennom prosjektleder i delt stilling mellom universitet og prosjekt.
- Inntrykket fra dokumentasjonen og fra konferansen er at kommunen og bydelen har spilt en lite aktiv rolle i utviklingen av prosjektet. Om dette er riktig, og hvilke konsekvenser det eventuelt har fått, må eventuelt belyses nærmere i en eventuell sluttevaluering. Om kommunen og bydelen ikke opplever et eierskap til prosjektet, kan det bli vanskelig å videreføre læringsprosessene i prosjektet til andre sykehjem og hjemme-tjenesten i resten av bydelen og kommunen.
- Internt på sykehjemmet har man hatt problemer med å integrere avdelingslederne, og samspillet med personalet på grunnplanet blir i egevalueringen karakterisert som svakt. Dette kan være et generelt uttrykk for mangel på tid og personell, men det kan også være et uttrykk for at de ansatte ikke har opplevd at prosjektet og aktivitetene har angått dem i tilstrekkelig grad. Manglende forankring både i mellomledelsen og på grunnplanet kan hindre at kunnskapsutviklingen i prosjektet får praktiske konsekvenser i sykehjemmet.
- Omfanget av kompetansehevende tiltak i USP Oslo har vært stort, og spørsmålet er om det har vært *for* stort. Dette kan igjen gi seg utslag i økt sykefravær og turnover. En viktig erfaring fra prosjektet er at omfanget av kompetansehevende tiltak må vurderes nøye i en situasjon preget av mangel på tid og personell.
- Erfaringer fra USP Oslo kan tyde på at valg av læringsmodell har betydning for sykefravær og turnover. Teoribaserte undervisningstiltak som medfører at deler av personalet tas ut i formell videreutdanning, fører til økt belastning på det øvrige personalet. På to av postene, der mange av de ansatte deltok i formalisert opplæring, så man en økning i sykefraværet i prosjektperioden. På en tredje avdeling, der hele avdelingen mottok ukentlig veiledning i prosjektperioden, så man derimot en nedgang i sykefraværet i perioden.
- I den første fasen ble det lagt stor vekt på individrettede, teoribaserte undervisningstiltak. Disse tiltakene ble i første rekke tilbudt sykepleiere og hjelpepleiere. Prosjektet førte til at det ble lettere å rekruttere, men vanskelig å beholde nye sykepleiere. Store

ressurser er investert i kompetanseutvikling som så er gått tapt. En av forklaringene kan knyttes til manglende mulighet til å nyttiggjøre seg den nye kunnskapen.

- Det er i første rekke sykepleier- og hjelpepleierstillingene som er utsatt for høy turnover. Underveis i prosjektet har man derfor ønsket å satse mer målrettet på å formalisere og utvikle kompetansen hos erfarne pleieassistenter, som utgjør den mest stabile delen av personalet ved sykehjemmet. Fremdeles er likevel opplæringsaktivitetene rettet mot denne gruppa begrenset i omfang.
- Arbeidet med fagutvikling har tatt utgangspunkt i hverdagen på den enkelte avdeling. De generelle erfaringene er positive, og tiltakene har skapt stort engasjement hos personalet. Samtidig opplever deltakerne mangelen på tid og vikarer som en viktig hindring for å drive fagutviklingsarbeid i hverdagen.
- I henhold til egenevalueringen gjenstår det mye før sykehjemmet fremstår som et godt læringsmiljø for studentene.
- Forskningen så langt har i stor grad vært knyttet til gjennomføringen av hovedfagsarbeider. Materialet gir lite informasjon om resultatenes betydning for praksis i sykehjemmene.
- Nettverksbyggingen i USP Oslo/Østlandet er i første rekke rettet mot universitets- og høgskolesektoren. I tillegg til dette er det behov for funksjoner og arenaer som kan ivareta behovet for kunnskapsoverføring til andre sykehjem og åpen omsorg i kommunen og regionen.

USP Bergen

Hovedaktørene i USP Bergen er Fyllingsdalen sykehjem, Betanien Sykepleierhøgskole, Universitetet i Bergen v/ Institutt for samfunnsmedisinske fag og Høgskolen i Bergen.

Fyllingsdalen sykehjem ble bygget i 1976. Med 188 plasser er sykehjemmet blant de største kommunale sykehjemmene i Norge. Institusjonen har sju pleie/omsorgsavdelinger, to avdelinger for aldersdemente, en korttids-/avlastningsavdeling og en rehabiliteringsavdeling. Sykehjemmet er praksissted for sykepleiestudenter fra Betanien Sykepleierhøgskole og studenter i fysioterapi og ergoterapi fra Høgskolen i Bergen.

Betanien Sykepleierhøgskole eies og drives av Stiftelsen Betanien, som er en av metodistkirkens diakoninstitusjoner i Norge. Høgskolen tilbyr grunnutdanning i sykepleie og har videreutdanningsstilbud i aldring og eldreomsorg.

Prosjektledelse og -bemanning

Mens man i Oslo hadde en prosjektledelse som sto klar til å starte opp fra prosjektstart 1.1.99, var dette ikke tilfellet i Bergen. Den regionale planen for USP Bergen/Vest-

Norge ble utarbeidet av en arbeidsgruppe som, foruten institusjonsleder ved sykehjemmet, besto av representanter fra kommunen, Universitetet i Bergen (UiB) v/Institutt for samfunnsmedisinske fag, Høgskolen i Bergen og Betanien Sykepleierhøgskole.

Det tok vel et halvår før stillingene som prosjektleder og fagutviklingskonsulent var besatt med to sykepleiere i fulle stillinger. Begge hadde sitt arbeidssted ved sykehjemmet. Det fremgår ikke av dokumentasjonen om prosjektmedarbeiderne ble rekruttert eksternt eller internt.

Kort tid etter at stillingene var besatt, ble fagutviklingskonsulenten konstituert i stillingen som institusjonssjef. Høsten 1999 arbeidet hun derfor i første rekke med den daglige driften av sykehjemmet. Ifølge egevalueringen valgte man å ikke iverksette store aktiviteter før den nye ledelsen ved sykehjemmet skulle tiltre ved årsskiftet. Prosjektleder konsentrerte sin virksomhet i denne perioden om samarbeid med eksterne miljøer. Ut fra materialet er det uklart hvilke miljøer dette dreide seg om, og hva som var det konkrete innholdet i samarbeidet.

Ny institusjonssjef og sjefssykepleier tiltrådte i januar 2000. Det ble da igangsatt et omfattende omorganiseringsarbeid ved sykehjemmet. Sommeren 2000 sluttet prosjektlederen i USP Bergen, og daværende fagutviklingskonsulent overtok stillingen. Stillingen som fagutviklingskonsulent var ubesatt frem til årsskiftet 2000/2001. I september 2001 var det igjen skifte av prosjektleder, og stillingen ble nå overtatt av fagutviklingskonsulenten. To assisterende avdelingsledere tiltrådte i hver sin 50 prosent stilling som fagutviklingskonsulenter.

Ubesatte stillinger og svak kontinuitet har ifølge egevalueringen forsinket fremdriften og resultatene fra prosjektet. I det videre arbeidet vil det være viktig å se nærmere på årsakene til at det er vanskelig å rekruttere og beholde prosjektmedarbeidere.

Organisatorisk forankring

Samarbeidspartnere i prosjektet er formelt representert i styringsgruppa. I tillegg møter en representant for de fagorganiserte. Fra sykehjemmet møter institusjonsleder, mens prosjektleder fungerer som sekretær.

Før september 2001 lå det administrative ansvaret for prosjektet hos helse- og sosialsjefen i bydelen, mens sykehjemmet hadde ansvaret for driften av prosjektet. Helse- og sosialsjefen var imidlertid ikke medlem av styringsgruppa, men Bergen kommune var representert ved byrådsavdelingen. Etter bydelsreformen møter helse- og sosialsjefen som Bergen kommunes representant i styringsgruppa, mens det administrative ansvaret for prosjektet er lagt til sykehjemmet.

Det fremgår ikke av dokumentasjonen hvem som har representert de øvrige samarbeidspartene i styringsgruppa. Det er også vanskelig å danne seg et bilde av hvilken rolle styringsgruppa har spilt i forhold til utviklingen av prosjektet.

Høsten 1999 ble det utarbeidet organisasjonsskart og mandat for USP Bergen. Internt på institusjonen ble det opprettet en prosjektgruppe, ledet av prosjektleder, og med fagutviklingskonsulenten som sekretær. For øvrig besto prosjektgruppa av sjefssykepleier og økonomi/personalkonsulent, tillitsvalgte, en avdelingssykepleier, en representant fra

serviceavdelingene, prest, medisiner, leder fysio-/ergoterapi, høskolelektor og stipendiat.

En intern referansegruppe ble sammensatt av representanter fra alle yrkesgrupper, poster og avdelinger (til sammen 18 medlemmer). Denne skulle fungere som høringsorgan, og sikre informasjonsflyt fra prosjektet ut i organisasjonen.

Sommeren 2000 ble organiseringen av prosjektet endret. Erfaringen var at både prosjektgruppa og den interne referansegruppa i første rekke hadde fungert som informasjonsfora, og i liten grad hadde bidratt aktivt i utvikling og igangsetting av prosjektaktiviteter. Disse gruppene ble derfor lagt ned, og prosjektet ble integrert i styringsgruppa for organisasjonsutvikling ved sykehjemmet. Denne gruppa møtes omtrent en gang i måneden. Her drøftes saker vedrørende organisasjon og fagutvikling med aktører fra bydelsadministrasjonen, tillitsvalgte og ledergruppa ved sykehjemmet. Den nye modellen førte ifølge egevalueringen til en bedre samordning av prosjektet og sykehjemsdriften, men den førte samtidig til at den direkte kontakten mellom prosjektet og de ansatte på post-/avdelingsplan ble redusert. Bedringen av kontakten med avdelingslederne og de ansatte er definert som et satsningsområde fremover.

Prosjektet legges inn i linja

I forbindelse med prosjektlederskiftet høsten 2001, ble det foretatt en evaluering av prosjektets organisering. Dette førte til en ny organisasjonsstruktur. Prosjektet ble formelt integrert i sykehjemmet ved å legges i linje under institusjonssjefen, som er formelt prosjektansvarlig. Inntrykket fra evalueringskonferansen var at erfaringene med omorganiseringen i hovedsak var positive, og at det har vært et nært samarbeid mellom prosjektleder og styrer ved sykehjemmet. Den modellen som er valgt sikrer en tydelig forankring i linja, med en klarere rolle- og ansvarsfordeling mellom prosjektledelse og institusjonsledelse. Ulempen med en slik modell er at prosjektet lett kan bli innadvendt, og at det kan bli vanskeligere å ivareta og utvikle relasjonene til de eksterne samarbeidspartnere.

Informasjon og kommunikasjon

Informasjon og kommunikasjon blir av prosjektet selv ansett som et viktig forbedringsområde. Det gjelder i første rekke informasjonen ut i avdelingene. I henhold til egevalueringen var det forventet at avdelingslederne skulle formidle informasjon mellom prosjektet og personalet, men at dette ikke hadde fungert tilfredsstillende. Om kontakten med institusjonsledelsen heter det at denne i perioder har vært svært god, men at kommunikasjonen har sviktet også her «når hverdagen har blitt for travel». Det blir beskrevet som et viktig satsningsområde å finne hensiktsmessige og gode kommunikasjonskanaler og også å finne områder hvor prosjektleder og fagutviklingskonsulentene kan bli mer synlige på avdelingene i sykehjemmet.

I likhet med USP Oslo, har også prosjektet i Bergen etablert egne hjemmesider. Det er lagt ut fire nyhetsbrev fra prosjektet, men ut over dette er sidene lite utviklet.

Eksternt samarbeid

I den opprinnelige organisasjonsplanen for prosjektet ble det foreslått etablert en eksternt referansegruppe med deltakelse fra Bergen kommune, universitet, høskoler, syke-

hus, Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, Olaviken behandlingssenter, Fylkeshelsedirektøren, Eldreombudet, Eldrerådet m.fl. Referansegruppa ble imidlertid aldri etablert, da en kom til at viktige aktører skulle innkalles etter tema og behov. Det faktiske omfanget av denne typen kontakt fremgår ikke av dokumentasjonen.

Av egenvurderingen blir det presentert som en generell erfaring at samarbeidet mellom de ulike institusjonene i prosjektet ikke har fungert tilfredsstillende. Ved årsskiftet 2001 ble det etablert et nytt forum, en samarbeidsgruppe mellom universitet og høyskoler ut fra et ønske om å få disse mer direkte involvert i prosjektarbeidet. Tanken var at gruppa skulle bidra med innspill og ideer til prosjektet og vurdere egne bidrag inn i prosjektet. I egevalueringen blir det fremhevet at intensjonen ved etableringen av Undervisningssykehjemsprosjektet var at partene skulle bidra med ressurser direkte inn i tiltak i prosjektet. Når dette ikke har skjedd, vises det til vanskelige ressursituasjoner hos samarbeidspartene. Om samarbeidsgruppa heter det for øvrig at «denne er å anse som en ressurs for prosjektet, men trenger tid til å finne sin funksjon og rolle som er nyttig for prosjektet».

Dokumentanalysen gir ikke grunnlag for å vurdere bakgrunnen for at det eksterne samarbeidet ikke har fungert etter intensjonene. Ressursituasjonen ved sykehjemmet og utskiftninger i prosjektledelsen kan være medvirkende årsaker. Prioriteringen av prosjektaktiviteter har trolig også hatt betydning. Eksempelvis fremgår det av egevalueringen at man fra prosjektets side ønsket å komme raskt i gang med fagutvikling og forskning i prosjektets første fase, mens sykehjemmets ledelse i denne fasen ønsket å prioritere organisasjonsutvikling. Det vises også til at kartleggingen av kompetansebehov i sykehjemmet viste at det var behov for kompetanse på et lavere nivå enn først antatt, noe som kan ha medvirket til at prosjektet fremsto som en mindre interessant samarbeidsarena for universitets- og høyskolesiden.

Kompetansehevende tiltak

Høsten 1999 ble det foretatt en kartlegging av kompetansebehovet ved Fyllingsdalen sykehjem. Resultatene fra undersøkelsen har vært en viktig del av grunnlaget for prioriteringen av de kompetansehevende tiltakene i prosjektet. Av materialet fremgår det at personalet ved sykehjemmet besitter en betydelig realkompetanse. Over halvparten av de ansatte hadde arbeidet ved sykehjemmet mer enn fem år, og nær førti prosent hadde mer enn ti års erfaring da undersøkelsen ble gjennomført. Nær halvparten av de ansatte hadde dessuten erfaring fra alders- og sykehjem forut for ansettelsen ved Fyllingsdalen. Sykepleierandelen ved sykehjemmet var rundt ti prosent, mens førti prosent av de ansatte hadde hjelpepleierutdanning. Tjue prosent av de ansatte hadde ingen spesiell fagutdanning.

I undersøkelsen ble de ansatte bedt om å vurdere betydningen av ulike tiltak i forhold til bedret trivsel, livskvalitet, funksjon og helse blant sykehjemsbeboerne. De fleste vurderte her økt bemanning som et viktigere tiltak enn kompetanse og høyere lønn.

Kartleggingsundersøkelsen utgjorde den viktigste aktiviteten i prosjektet i 1999. Året etter bar prosjektet preg av lederskifte og organisasjonsutvikling ved institusjonen. Våren 2000 ble det arrangert en ledersamling på Solstrand rundt temaet mål og sats-

ningsområder for sykehjemmet. Tilvarende ledersamlinger er arrangert også i 2001 og 2002. Erfaringen er at det årlige seminaret er et viktig grunnlag for samarbeid og planlegging av virksomheten ved institusjonen.

De senere årene har Bergen kommune satset på kompetanseheving hos hjelpepleiere og sykepleiere ved å kjøpe plasser i videreutdanningen. Av egevalueringen fremgår det at også Fyllingsdalen har benyttet seg av dette tilbudet, og at Undervisningssykehjemsprosjektet har bidratt med midler til disse aktivitetene. I forhold til USP Oslo, er det et lite antall sykepleiere og hjelpepleiere som har deltatt i formelle videreutdanningstilbud (antallet som deltar fra hver av de to faggruppene hvert år varierer fra to til fem). Prosjektet har imidlertid bidratt til etableringen av et fagbibliotek ved sykehjemmet, der det også vil bli installert datautstyr med internettilgang og muligheter for artikkelsøk m.m. Det fremgår ikke av materialet hvor ressurskrevende etablering og drift av et slikt fagbibliotek vil bli. Andre aktuelle spørsmål er hvem som vil ha ansvar for driften, hvem man tenker seg som målgruppe og hvilke muligheter personalet faktisk har til å benytte seg av et slikt tilbud i hverdagen. Dette er spørsmål som bør følges opp i en eventuell sluttevaluering.

Seks hjelpepleiere ved institusjonen var interessert i sykepleieutdanning, noe som ble positivt mottatt i institusjonen. De seks søkte opptak på sykepleiestudiet på grunnlag av realkompetansevurdering, men ingen av de seks ble tatt opp.

Grunnutdanning for ufaglærte

Grunnutdanning for ufaglærte er et kompetansehevende tiltak som er gitt høy prioritet i USP Bergen. Våren 2001 ble det gjennomført en kartlegging av behovet for og ønsket om hjelpepleierutdanning for de ufaglærte ved sykehjemmet. Det ble gjennomført intervjuer med alle interesserte, der man kartla interesse, motivasjon, ansettelsesforhold, bindingstid m.v. Undersøkelsen viste at det var stor interesse for å ta hjelpepleierutdanning med stipend. Det ble utarbeidet en opplæringsplan med ressurs- og kostnadsoverslag, som ble forelagt personalavdelingen i bydelsadministrasjonen. Dette førte til et samarbeidsprosjekt mellom bydelsadministrasjonen, Bergen kommune, Fyllingsdalen sykehjem, USP Bergen og Bergen AOF. Høsten 2001 hadde sykehjemmet 26 ufaglærte privatister i gang med kontraktsfestet hjelpepleierutdanning. Tilbudet blir gitt med ett års bindingstid etter fullført utdanning. Undervisningen foregår i kantina, og utdanningen vil strekke seg over to år. Veiledning og praksis inngår som en obligatorisk del av opplæringsprogrammet, noe som gjør dette opplegget spesielt i forhold til annen privatistopplæring. Andre sykehjem i bydelene har meldt sin interesse for prosjektet, og man vurderer ulike modeller for spredning.

På evalueringskonferansen ble det understreket fra USP Bergen sin side at man var godt fornøyd med dette tiltaket, og betraktet det som et suksessprosjekt. I den sammenheng ble det også sagt at veiledet praksis som en del av opplæringen har virket positivt for motivasjonen blant deltakerne.

Dette tiltaket er et eksempel på en formell kompetanseheving gjennom dokumentasjon og utvikling av kunnskap internt. Den nasjonale planen for Undervisningssykehjemsprosjektet vektla betydningen av å anerkjenne og bygge videre på den kunnskapen som helsepersonellet allerede har, og tiltaket må derfor sies å være i tråd med intensjo-

nene i prosjektet. Tiltaket er rettet mot en gruppe ansatte som ønsker å formalisere sin kompetanse på videregående skoles nivå. Opplæringstilbydere på dette nivået er imidlertid ikke formelt representert i undervisningssykehjemsmodellen, der hovedaktørene på undervisningssiden er universitet og høyskoler. På den ene siden kan man spørre om dette er en svakhet i organiseringen av prosjektet. Kvalifisering av ufaglærte kan betraktes som et viktig kompetansehevende tiltak i seg selv. Tiltaket kan også betraktes som en forutsetning for å realisere andre mål i prosjektet, ved at nødvendig grunnkompetanse kan være en forutsetning for videre læring. Dette kan være et argument for at opplæringstilbydere på videregående skoles nivå også burde vært formelt representert i prosjektet og styringsgruppene. På den annen side kan man spørre om kvalifisering av ufaglærte er en type tiltak som ikke hører naturlig inn under Undervisningssykehjemsprosjektet, men som bør inngå som ledd i den generelle kompetanseutviklingen i kommunesektoren. Det spesielle ved Undervisningssykehjemsprosjektet er at man forsøker å etablere et samarbeid på tvers av kommunesektoren og universitets- og høyskolesektoren. I så fall vil man kunne hevde at dette prosjektet *ikke* er i tråd med intensjonene i prosjektet, men at prosjektet kan betraktes som en form for subsidiering av generelle kompetansehevende tiltak i kommunen. Dette er spørsmål som må diskuteres og avklares i forbindelse med en eventuell videreføring av prosjektet.

Fagutvikling

Introduksjonskurs for nyansatte, deltakelse på eksterne kurs og seminarer, intern veiledning og kurs i kommunikasjon er ført opp som tiltak under fagutvikling i den skriftlige rapporteringen fra USP Bergen.

Fagsykepleierprosjektet er en modell der kvalitetssikringsarbeid, internundervisning og fagutvikling blir koplet sammen. Et eget kvalitetssikringsutvalg har ansvar for å beslutte hvilke områder som skal kvalitetssikres. Prosjektet ble startet opp i oktober 2000, og ble finansiert av USP de første tre månedene. Etter dette er prosjektet videreført med sykehjemmets egne midler. Det fremgår av dokumentasjonen at det har vært uklarheter i ansvarfordelingen mellom avdelingssykepleiere og fagsykepleiere når det gjelder gjennomføring av tiltakene.

Studenttrettete aktiviteter ved Fyllingsdalen omfatter i hovedsak førsteårsstudenter fra Betanien Sykepleierhøgskole. Sykehjemmet har fungert som praksisplass for studentene fra Betanien gjennom mange år. For å forbedre oppfølgingen av studentene, har man blant annet lagt opp til et eget introduksjonsprogram for dem. Det er også lagt opp til et tettere samarbeid mellom skole og sykehjem for å sikre at sykepleiere med veiledningsansvar og hjelpepleiere som medveiledere selv får tilbud om nødvendig opplæring. I henhold til egnevalueringen har enkelte avdelinger hatt problemer med å gi sykepleiestudentene jevnlig oppfølging, noe som blir forklart med lav bemanning på sykepleiersiden.

For å utvikle spisskompetanse i demensspørsmål, er det opprettet et demensteam. Her deltar personell fra to poster, med samarbeid og veiledning fra Olaviken behandlingssenter. Teamet har begynt å undervise internt og i forhold til pårørende, og tanken er at alle ansatte i sykehjemmet skal få tilbud om opplæring i forhold til demente. I henhold til egnevalueringen har dette prosjektet virket svært stimulerende på

hold til egevalueringen har dette prosjektet virket svært stimulerende på deltakerne. Personalet har fått innsikt i egen kompetanse, men også behov for mer kunnskap. Muligheten til refleksjon om egen praksis og til å kunne dele kunnskap og erfaringer med kolleger har vært ny for de fleste.

På en av postene gjennomføres et tann- og munnhygieneprosjekt, med deltakelse fra prosjektleder. Prosjektet er gjennomført på en post i samarbeid med bydelstannlegen i Loddefjord bydel. Hensikten med prosjektet var å kartlegge tannstatus hos pasientene og sikre innføring av nye rutiner som gir pasientene daglig stell og oppfølging av tannstatus. Ifølge handlingsplanen for USP Bergen 2001–2002 har prosjektet ført til skjerpet rutine hos pleiepersonalet. Det er lagt opp til en videreføring av prosjektet, der målet er å endre holdninger hos personalet, gi økt kunnskap og innføre gode rutiner.

Det er nylig startet opp et rehabiliteringsprosjekt med sikte på oppfølging av rehabiliteringspasienter etter utskrivelse. Videre er det startet opp et pårørendeprosjekt for å fokusere på behov og forventninger hos nye pasienter og deres pårørende.

Forskning

Ifølge egevalueringen har forskningsaktivitetene i liten grad vært ivaretatt i prosjektet. Dette blir forklart med mangel på ressurser og kompetanse. Igjen vises det til at man innledningsvis hadde forventninger til universitetet og høyskolene som i liten grad er blitt innfridd. Dette blir ikke nærmere konkretisert. Uten aktiv deltakelse fra universitets- og høyskolesektoren er det imidlertid vanskelig å se hvordan prosjektet skal kunne realisere målet om å initiere forskning med utgangspunkt i problemstillinger i sykehjemssektoren.

Rekruttering og sykefravær

Ved prosjektstart høsten 1999 hadde sykehjemmet en vanskelig bemanningssituasjon. Det var mangel på hjelpepleiere og annet fagpersonell, og legedekningen var på et kritisk lavt nivå. Institusjonen og prosjektet har samarbeidet om å lyse ut stillinger og profilere sykehjemmet som undervisningssykehjem. Samtidig deltok institusjonen aktivt på de årlige arbeidsgivermøtene på sykepleierhøgskolene. Fortløpende utlysning av stillinger, vurdering av turnus/arbeidstidsordninger og bemanningsplaner er under vurdering, og man har også iverksatt en generell diskusjon om sykepleierens rolle i institusjonen.

I prosjektperioden har sykehjemmet hatt god respons på utlysningene. Sykepleiere og hjelpepleiere viser til «positive rykter» om sykehjemmet og undervisningssykehjemsprosjektet, med vekt på interessante fagutviklingsaktiviteter. Ifølge egevalueringen er det særlig «Prosjekt fagsykepleiere» som har vekket interessen hos søkermassen. Antall vakante sykepleierstillinger ble redusert fra 19 i år 2000 til ni i 2001. Stillinger er også besatt gjennom endrede stillinger og utvidelse av stillingsbrøk hos flere av de ansatte. Det foreligger imidlertid ikke data om turnover, og det er derfor vanskelig å si om den økte rekrutteringen gir mer stabilitet på sikt.

I flere år har institusjonen hatt et jevnt høyt sykefravær, på 15–16 prosent. Det er ingen endringer i sykefraværet i prosjektperioden. Igjen er det viktig å understreke at

sykefraværet påvirkes av mange faktorer. Dette ble sagt av flere av deltakerne på evalueringskonferansen, og det blir også påpekt i egevalueringen fra USP Bergen. Gjennomsnittsalderen blant de ansatt ved Fyllingsdalen sykehjem er høy, noe som øker risikoen for sykefravær på grunn av belastningsslidelser. Manglende sykepleierdekning fører også til økt belastning på pleiepersonalet for øvrig, ikke minst på hjelpepleierne som får økt ansvar.

Igjen blir det klart at omfanget og typen av prosjektaktiviteter må ses på bakgrunn av rammebetingelsene og bemanningssituasjonen i sykehjemmene. I USP Bergen har man ikke funnet rom for å drive fagutvikling i stor utstrekning, og de kompetansehevende tiltakene som er iverksatt er utformet blant annet med tanke på å redusere fravær som i sin tur kan gi økte belastninger på personalet.

Nettverksbygging/spredning

Av dokumentasjonen fra USP Bergen går det frem at de statlige midlene til prosjektet ble betydelig redusert ved tildelingen i 2001. Reduksjonen ble begrunnet med manglende spredning av erfaringer fra prosjektet. Ifølge egevalueringen førte dette til at institusjonen måtte øke egeninnsatsen betraktelig for å sikre gjennomføringen. Dette understreker behovet for å klargjøre hva som ligger i kravet til kunnskapsspredning.

Som tidligere beskrevet, er samarbeidsrelasjonene i forhold til universitet og høyskole svakt utviklet i USP Bergen. Det at forskningsaktivitetene er lavt prioritert i prosjektet, kan delvis forstås som en konsekvens av dette. En annen måte å se det på er at svake relasjoner til universitetet og høyskolene er en følge av at sykehjemmet og kommunen har lagt liten vekt på forskning og undervisning på universitets- og høyskolenivå. Gode samarbeidsrelasjoner vil være en forutsetning for å sikre dialog mellom praksisfeltet og universitets- og høyskolesektoren.

I USP Bergen har man valgt løsninger som integrerer prosjektet sterkere i sykehjemmet og kommunen enn den modellen som er valgt i USP Oslo. Forutsetningene for kunnskapsoverføring til andre sykehjem og hjemmebaserte tjenester kan derfor tenkes å være bedre her enn i Oslo.

Oppsummering

- Det tok mer enn et halvt år før prosjektledelsen var på plass. Senere har det vært flere utskiftninger i prosjektledelsen, og stillinger har i perioder vært ubesatt. Dette har forsinket fremdriften i prosjektet.
- Det er vanskelig å danne seg et bilde av hvilken rolle styringsgruppa har spilt i forhold til utviklingen av prosjektet. Det administrative ansvaret for prosjektet ligger nå hos sykehjemmet, mens dette tidligere lå hos helse- og sosialsjefen i bydelen.
- Høsten 2001 ble prosjektet lagt inn i linja under institusjonssjefen, som samtidig ble formelt prosjektansvarlig. Modellen sikrer en tydelig forankring i linja, med en klarere rolle- og ansvarsdeling mellom institusjonsledelse og prosjektledelse. Ulempen er at det kan bli vanskeligere å ivareta relasjonene til de eksterne samarbeidspartene.

- Bedre kommunikasjon og økt synlighet på avdelingen er viktige forbedringspunkter i prosjektet.
- Samarbeidet mellom sykehjemmet og de øvrige samarbeidspartene blir beskrevet som lite tilfredsstillende. Materialet gir i liten grad mulighet til å analysere årsakene til dette.
- Hjelpepleierutdanning for ufaglærte har fått høy prioritet i prosjektet. Tiltaket arrangeres i samarbeid med AOF. Undervisningen skjer på arbeidsplassen, og veiledning og praksis inngår i opplæringen. Opplæringen fører frem til privatisteksamen som hjelpepleier. Prosjektleder karakteriserer tiltaket som en suksess.
- Fagutviklingsprosjektene er nært knyttet til arbeidet på de ulike pleieavdelingene. Tannhelse og munnhygiene og rehabilitering er konkrete eksempler.
- Et demensteam er opprettet for å utvikle kompetanse i demensspørsmål. Personalet får veiledning fra Olaviken behandlingssenter. Demensteamet har begynt å undervise internt og i forhold til pårørende. Ifølge egenevalueringen har prosjektet virket svært stimulerende på de ansatte. Innsikt i egen kompetanse, men også i kompetansebehov, mulighet til refleksjon og å dele kunnskap og erfaringer med kolleger, er effekter som blir nevnt.
- De planlagte forskningsaktivitetene har i liten grad vært ivaretatt. Det vises til manglende deltakelse fra universitet og høyskole.
- Det har vært god respons på utlyste stillinger i perioden, og antallet ubesatte sykepleierstillinger er redusert. Det foreligger ikke opplysninger om turnover.
- Sykefraværet har ligget på et høyt nivå i hele prosjektperioden. Høy gjennomsnittsalder og stor belastning kan være viktige forklaringsfaktorer.

USP Trondheim/Midt-Norge

I den nasjonale planen for Undervisningssykehjemsprosjektet ble det foreslått å etablere et undervisningssykehjemsprosjekt i Namdalen som et satelittprosjekt til Trondheim. Prosjektet er nå lagt ned som et selvstendig prosjekt. Datamaterialet gir ikke grunnlag for å beskrive og evaluere prosjektet i Namdalen, og fremstillingen vil derfor hovedsakelig omfatte USP Trondheim som hovedprosjekt.⁹

Undervisningssykehjemsprosjektet i Trondheim tar utgangspunkt i Søbstad sykehjem og de hjemmebaserte tjenestene i Saupstad bydel. Sykehjemmet ble bygget i 1980, og har fire avdelinger med til sammen 136 plasser.

⁹ I en eventuell sluttevaluering vil det derimot være naturlig å analysere hvilke forhold som førte til at prosjektet i Namdalen ble avviklet.

Samarbeidspartnerne er Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) v/Hovedfag helsefag og Det medisinske fakultet.

Prosjektledelse og -bemanning

I likhet med prosjektet i Bergen, sto USP Trondheim uten prosjektleder da prosjektet formelt ble startet opp i 1999. I Trondheim ble prosjektlederstillingen stående ubesatt i over ett år, frem til mars 2000. En person fungerte likevel som prosjektmedarbeider fra prosjektstart. Det fremgår ikke av dokumentasjonen hvilken organisatorisk tilknytning prosjektmedarbeideren hadde til sykehjemmet. En høskolelektor ble tilknyttet prosjektet i halv stilling fra oktober 2000, og i mars 2001 ble en fagutviklingskonsulent ansatt. Fra 1.1.2002 overtok institusjonsleder ved sykehjemmet stillingen som prosjektleder, mens tidligere prosjektleder gikk over i stilling som førsteamanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Femti prosent av stillingene er tilknyttet USP Trondheim, og betales av prosjektmidlene. Hennes ansvarsområde er forskning/fagutvikling og evaluering.

Igjen gir datagrunnlaget begrenset informasjon om den faktiske ressursdisponeringen. Det fremgår ikke av dokumentasjonen i hvilken grad og på hvilken måte ulike aktører har bidratt med finansiering, hvordan midlene er disponert på ulike prosjektaktiviteter, eller i hvilken grad de ulike prosjektmedarbeiderne er finansiert av Undervisningssykehjemsprosjektet.

Organisatorisk forankring

Representantene for samarbeidspartene er formelt representert i styringsgruppa, men det fremgår ikke av materialet hvem som møter eller på hvilket nivå de ulike institusjonene er representert.

Samtidig med prosjektlederskiftet ved årsskiftet 2001/2002 ble det gjennomført en vesentlig omorganisering av prosjektet. Prosjektlederansvaret er nå lagt til styrer på sykehjemmet, og prosjektet blir dermed integrert i linja. På evalueringskonferansen ga styrer uttrykk for at man hadde strevd med å finne frem til en egnet organisasjonsmodell, og at «prosjektet startet opp som en liten pose på siden». På bakgrunn av de erfaringer som er gjort, mener man at prosjektet må inn i linja for at prosjektet skal kunne bli integrert i den daglige driften. Med den modellen som nå er valgt, vil man prøve å sikre en ryddig gjennomføring av prosjektet ved at ansvar og beslutningsmyndighet ligger samme sted i organisasjonen.

Eksternt samarbeid

I henhold til egevalueringen har prosjektet arbeidet aktivt med å etablere formelle avtaler med samarbeidspartene med hensyn til samarbeidsform og økonomiske forpliktelser. Trondheim kommune har arbeidsgiveransvar for prosjektleder og fagutviklingskonsulenten. Kommunen dekker også en del av kostnadene i forbindelse med vikarinnleie. Ut over dette består kommunens bidrag i kontor- og undervisningslokaler samt administrativ og regnskapsmessig bistand.

Høgskolen i Sør-Trøndelag bidrar med en 25 prosent høskolelektorstilling,¹⁰ mens Høgskolen i Nord-Trøndelag har bidratt med delfinansiering av en prosjektkoordinatorstilling i Namdalen.

Ifølge egnevalueringen er det felles forståelse i prosjektet om at regionens bidrag inn mot prosjektet skal utgjøre minst halvparten av de nødvendige ressurser. Det fremgår imidlertid ikke hva man her legger i «regionen», eller om ressursbegrepet i denne sammenheng også dekker indirekte tilskudd til prosjektet.

Fremtidsverksteder og satsningsområder

I 2000 ble det gjennomført kartleggingsundersøkelser ved sykehjemmet. I tillegg ble det organisert ni såkalte fremtidsverksteder. Egenevalueringen beskriver fremtidsverkstedene som «en arbeidsmetode som har som mål å trekke alle involverte parter inn i prosesser som fører til beslutninger». På bakgrunn av kartleggingen og fremtidsverkstedene er fire områder valgt ut som satsningsområder i USP Trondheim:

- a. Samarbeid mellom ansatte og pårørende
- b. Strategisk kompetanseutvikling
- c. Tverrfaglige praksisplasser for studenter
- d. Samarbeidsprosjekter

Ut fra beskrivelsen av satsningsområdene ser det ut til at de langt på vei kan knyttes til henholdsvis a) fagutvikling/forskning, b) kompetanseheving, c) studentrettede tiltak og d) samarbeid/nettverk/spredning.

Forskning og fagutvikling

Ett prosjekt har til hensikt å avklare forventninger hos pårørende og personale i forhold til roller og samarbeid. Bakgrunnen for prosjektet er at pårørende har en uklar rolle i forhold til det offentlige hjelpeapparatet, og at personalet opplever store utfordringer i forhold til å kommunisere og samarbeide med de pårørende. Målet er å etablere gode rutiner for kommunikasjon og samarbeid mellom pårørende og ansatte. Som en oppfølging av studien skal det utvikles et spørreskjema som kan brukes som hjelpemiddel i forhold til samarbeid med pårørende. Hittil har man gjennomført fokusgruppeintervju med ansatte. Resultatene fra dette bearbeides med tanke på publisering i fagtidsskrift. Videre er man i gang med fase to i prosjektet, der det skal gjennomføres dybdeintervjuer med pårørende. Ifølge egnevalueringen vil denne fasen bli gjennomført våren 2002.

¹⁰ Vi forstår dette slik at en høskolelektor, finansiert av høgskolen, bruker 25 prosent av sin arbeidstid på USP-relaterte aktiviteter.

Kompetanseutvikling

Hittil har prosjektet bidratt med midler til individuell kompetanseheving. Eksempler som gis i egenevalueringen er grunnutdanning i sykepleie, hjelpepleierutdanning etter privatistmodellen, grunnmodul for ufaglærte og videreutdanning for hjelpepleiere og sykepleiere i geriatri og psykiatri. Det fremgår imidlertid ikke av materialet hvor mange som har fått støtte til de ulike formene for kompetanseutvikling, eller hvor stor støtten har vært.

Det har også vært gitt støtte til interne kurs i legemiddelhåndtering, urininkontinens, etikk/holdninger, overgrep og bruk av tvang, kommunikasjon med eldre og rutiner i sykehjem. Det er ikke nærmere konkretisert hvor mange og lange disse kursene har vært, hvem som har deltatt, og hvor stor støtten har vært.

I det videre arbeidet med kompetanseheving ønsker man å endre vektleggingen fra ekstern undervisning til postrelaterte undervisningstiltak. Av konkrete tiltak nevnes avdelingsbibliotek og systematisk internundervisning. Dette blir blant annet begrunnet med at det kan være problemer med å skaffe vikarer som erstatter de som er på kurs eller utdanning, og at kompetanseutvikling skal være tilgjengelig for alle ansatte.

Tverrfaglige praksisplasser for studenter

Våren 2000 ble det satt sammen et tverrfaglig praksistilbud ved Søbstad sykehjem for en gruppe studenter fra grunnutdanning innen henholdsvis sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og vernepleie. I løpet av høsten 2000 og våren 2001 ble det gjennomført et tilsvarende tverrfaglig opplegg. Studentene ble her delt i to grupper, med en gruppe på Olavsgården rehabiliteringssenter og en gruppe i hjemmebaserte tjenester i Saupstad bydel. Gjennom en periode på fire uker skulle studentene samarbeide om å møte de eldres behov for omsorg, behandling og rehabilitering.

Ifølge egenevalueringen har tilbakemeldingene fra studenter og veiledere vært positive. Det blir imidlertid ansett som vanskelig å gjennomføre denne typen tilbud på rutinemessig basis. Hovedproblemet, slik det blir presentert i egenevalueringen, er at skole- ne har problemer å samkjøre sine praksisperioder.

Mulige effekter

Det er verdt å merke seg at bemanningssituasjonen i Trondheim, i motsetning til i de andre prosjektene, karakteriseres som god i hele prosjektperioden. Behovet for økt rekruttering og redusert turnover har derfor ikke vært like stort her som i de øvrige prosjektene. Sykefraværet ligger derimot høyt, på 15 prosent i gjennomsnitt.¹¹

Et spørsmål som reises i egenevalueringen, er om de ansatte ved sykehjemmet har urealistiske forventninger til prosjektet:

«Ansatte viser stor interesse for prosjektets framdrift og vilje til å delta. De er allikevel utålmodige på at mer skal skje, og deres forventninger synes ikke alltid å stå

¹¹ Sykefraværsprosenten er her medregnet egenmeldinger, sykemeldinger og svangerskapspermisjon.

i forhold til prosjektets. I ettertid har prosjektet tatt selvkritikk på at de har bidratt til at forventningene kan synes urealistiske.»

I egevalueringen blir det videre påpekt at det er problematisk å evaluere effekten av tiltakene fordi man «ikke på forhånd har definert på hvilken måte eller etter hvilke skaler vi bør måle dette». I det videre arbeidet ønsker man derfor å definere variabler som kan benyttes i en senere evaluering. Eksempelvis ønsker man i pårørendeprosjektet å undersøke hvilken betydning tiltaket har for omsorgskvaliteten til pårørende. Når det gjelder kompetanseutvikling, ønsker man å dokumentere læringseffekter og konsekvenser for praksis. I samarbeidsprosjektet «Arbeid, fysisk aktivitet og helse hos helsepersonell» ønsker man å undersøke i hvilken grad forebygging av belastningsskader kan redusere sykefraværet hos helsepersonell.

Som i Bergen, bærer fremdriften i USP Trondheim preg av en forsinket oppstart, noe som også trekkes frem i egevalueringen. Flere av delprosjektene og tiltakene er kommet kort, og det er trolig for tidlig å vurdere hvilke effekter de ulike tiltakene har hatt i forhold til tjenestekvaliteten. En evaluering av tiltakene vil også måtte ta hensyn til at bemanningsdekningen ved sykehjemmet i utgangspunktet har vært god. Sykefraværet har imidlertid vært høyt i prosjektperioden. Det kunne derfor være interessant å se nærmere på om noen av prosjektene har hatt eller kan tenkes å få konsekvenser i forhold til sykefraværet, jamfør USP Oslos erfaringer med hensyn til deltakelse i eksterne undervisningstilbud.

Når det gjelder et prosjekt som pårørendeprosjektet, ville det også være interessant å se om det å trekke pårørende mer aktivt inn i omsorgsarbeidet fører til merarbeid for personalet, eller om nye samarbeidsformer faktisk kan bidra til å redusere belastninger og sykefravær.

Samarbeid, kunnskapsspredning, formidling

I USP Trondheim har man valgt å definere samarbeidsprosjekter som et eget satsningsområde. Under dette området satser man på eksternt samarbeid med universitets- og høyskolemiljøer. Eksempelvis veileder prosjektleder to doktorgradsarbeider, ett ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, og ett ved Høgskolen i Stavanger. Deltakelse i et prosjekt om tilpasset omsorg for aldersdemente, ledet av Kirkevold, er et annet samarbeidsprosjekt.

Igen er det en svakhet ved datamaterialet at det ikke foreligger noen oversikt over fordelingen av prosjektmidler og ressurser til de ulike tiltakene. Det fremgår imidlertid at det er søkt om midler til prosjektene fra andre kilder, som Norges forskningsråd, Stiftelsen Helse og Rehabilitering o.a.

Når det gjelder formidling, har man så langt formidlet informasjon fra prosjektet gjennom NSF's fylkesavis og det geriatriiske fagtidsskriftet *Geronius*. For øvrig har prosjektleder avsluttet et bokmanus om utredning og behandling av pasienter med urininkontinens. Det fremgår også at høyskolelektor har bidratt med et kapittel til boka «Familien i sykepleiefaget» og en artikkel til fagtidsskriftet *Sykepleien*, om etiske problemer i omsorgen til eldre. Resultatene fra det siste prosjektet er også presentert i ulike

omsorgen til eldre. Resultatene fra det siste prosjektet er også presentert i ulike sykepleiefaglige fora.

I den gjenværende delen av prosjektperioden legger man opp til en formidling som skal favne både det allmenne publikum, fagmiljøer og vitenskapelige miljøer. I den sammenheng vil man også arbeide med å utvikle og oppdatere prosjektets hjemmeside på internett.

Det generelle inntrykket er at man i USP Trondheim har lagt vekt på formidling gjennom ulike sykepleiefaglige fora. Det er mer uklart i hvilken grad man har lagt vekt på informasjon, kunnskapsoverføring og formidling internt i sykehjemmet/bydelen eller ut til andre bydeler og kommuner i regionen.

På evalueringskonferansen kom det frem at et formål med omorganiseringen av prosjektet i Trondheim også har vært å få en «bedre forankring ut i feltet» og jobbe med å utvikle et eierforhold til prosjektet hos de ulike samarbeidspartene.

Oppsummering

- Prosjektlederstillingen i Trondheim ble stående ubesatt i over ett år, noe som har forsinket fremdriften og resultatene i prosjektet.
- Fra årsskiftet 2001/2002 blir prosjektet lagt inn i linja, ved at institusjonsleder overtar prosjektlederansvaret. En erfaring fra prosjektet er at prosjektet må inn i linja dersom det skal bli en del av den daglige driften ved sykehjemmet. Samtidig ønsker man å arbeide med å styrke eierforholdet til prosjektet hos de eksterne samarbeidspartnerne.
- Hittil har prosjektet bidratt med midler til individuell kompetanseheving. Det er imidlertid uklart hvor stort omfanget av kompetansehevende tiltak i regi av prosjektet har vært. I det videre arbeidet ønsker man å endre vektleggingen fra ekstern undervisning til postrelaterte undervisningstiltak. Dette blir blant annet begrunnet med at det kan være vanskelig å skaffe vikarer og at tiltakene skal være tilgjengelige for alle.
- Ett av forsknings-/fagutviklingsprosjektene i USP Trondheim har som mål å etablere gode rutiner for kommunikasjon og samarbeid mellom pårørende og ansatte.
- USP Trondheim har gjort forsøk med tverrfaglige praksistilbud til studenter i grunnutdanning. Tilbakemeldingene fra studenter og lærere har vært positive. Likevel anser man det som vanskelig å gjennomføre denne typen tilbud på fast basis. Ifølge egenevalueringen er hovedproblemet at skolene har problemer med å samkjøre sine praksisperioder.
- De ansatte er i henhold til egenevalueringen positive, men også utålmodige i forhold til fremdriften i Undervisningssykehjemsprosjektet. En erfaring fra egenevalueringen er at prosjektet selv kan ha bidratt til å skape urealistiske forventninger hos de ansatte.

- Eksternt samarbeid med universitets- og høyskolemiljøer er definert som et eget satsningsområde i prosjektet. Det er uklart i hvilken grad dette samarbeidet bidrar til realisering av de ulike målene i prosjektet.
- Det generelle inntrykket basert på den skriftlige dokumentasjonen fra prosjektet, er at man har lagt vekt på formidling gjennom ulike sykepleiefaglige fora. Ifølge egen-evalueringen legger man opp til at formidlingen i den gjenværende delen av prosjektperioden favner både det allmenne publikum, fagmiljøer og vitenskapelige miljøer.
- I Trondheim blir bemanningssituasjonen karakterisert som god i hele prosjektperioden. I henhold til egenevalueringen er det full dekning, både når det gjelder sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte.
- Sykefraværet har ligget på et jevnt høyt nivå i hele perioden. Det er ikke grunnlag for å si noe om sammenhengen mellom prosjektet og sykefraværet i perioden.

USP Tromsø

I Tromsø kommune har man valgt Kroken sykehjem som kjerneinstitusjon for Undervisningssykehjemsprosjektet. Institusjonen har 118 plasser, fordelt på åtte avdelinger.

Samarbeidspartene er Universitetet i Tromsø (ved Det medisinske fakultet, Avdeling for sykepleie og helsefag), Høgskolen i Tromsø (Avdeling for helsefag) og Regionssykehuset i Tromsø¹².

De direkte økonomiske tilskuddene til prosjektet dekkes av USP-midler fra SHD og bidrag fra Tromsø kommune. Tromsø kommune bidrar også indirekte i form av kontorplass ved Kroken sykehjem. Universitetet og Høgskolen i Tromsø bidrar i felleskap med en stipendiatstilling. Denne ble besatt sommeren 1999, men stipendiaten sluttet i stillingen etter ett år. I august 2001 ble det tilsatt en ny stipendiat i stillingen. De øvrige samarbeidspartene bidrar med indirekte tilskudd i form av «faglig bistand og hjelp» tilsvarende rundt 600 000 kroner.

Det er etablert formelt forpliktende avtaler mellom prosjektet og de sentrale samarbeidspartene.

Prosjektledelse og -bemanning

Prosjektet kom ikke i ordinær drift før prosjektledelsen var på plass vel ett år etter at Undervisningssykehjemsprosjektet formelt ble startet opp. Ifølge egenevalueringen var det vanskelig å innfri kravet om forskningskompetanse hos prosjektleder. Etter at stillingen var utlyst for annen gang, var det en person som takket ja til stillingen, men som senere trakk seg. Først i februar 2000 ble prosjektlederstillingen besatt ved at stillingen ble delt mellom to personer. En av prosjektlederne har embetseksamen i sykepleieviten-

¹² Nå Universitetssykehuset i Nord-Norge.

skap, mens den andre har hovedfag i helse- og omsorgsfag. Stillingen som fagutviklingskonsulent i halv stilling ble besatt i april 2000.

I USP Tromsø har man lagt opp til en arbeidsdeling der fagutviklingskonsulenten er hovedansvarlig for fagutvikling, mens prosjektlederne er ansvarlige for de andre hovedsatsningsområdene. Fagutvikling blir her nærmere definert som opplæring og internundervisning, inkludert opplæringsplaner. En av prosjektlederne har hovedansvaret for nettverksbygging, mens den andre har hovedansvar for utviklingen av undervisningsarealer. Erfaringene med denne arbeidsdelingen fremgår ikke av datamaterialet.

Det at man kom sent i gang med prosjektet, blir vurdert som uheldig i egenevalueringen. Blant de ansatte på sykehjemmet var noe av entusiasmen gått ut av ballongen, og man begynte å tvile på om det i det hele tatt ville bli noe prosjekt. Da prosjektmedarbeiderne begynte, opplevde de at de hadde mye å ta igjen. De måtte «springe fort for å få mest mulig ut av prosjektet», noe som blant annet førte til at de fikk mindre tid til å være til stede i avdelingene enn de opprinnelig hadde tenkt.

Selv om man kom sent i gang, må det likevel anses som en styrke for USP Tromsø at det etter oppstart har vært stabilitet i prosjektledelsen.

Organisatorisk forankring

Styringsgruppa ble etablert i januar 1999, med representanter fra Regionsykehuset og Universitetet i Tromsø, Høgskolen i Tromsø og Tromsø kommune. I Tromsø kommune har Undervisningssykehjemsprosjektet formelt vært forankret hos kommunaldirektøren. Etter den siste omorganiseringen i Tromsø kommune er prosjektet forankret hos rådmannen.

Høsten 2000 ble styringsgruppa utvidet med representanter fra helse- og sosialfagmiljøet i videregående skole. Bakgrunnen for utvidelsen fremgår ikke eksplisitt, men det virker rimelig å anta at dette har sammenheng med at man også i USP Tromsø opplever at det er et stort behov for kompetanse på videregående skoles nivå.

I løpet av prosjektperioden har det skjedd en del utskiftninger i styringsgruppa, blant annet fordi medlemmene har vært sykmeldt eller i permisjon fra sine stillinger. Sammen med omorganiseringer i kommunen, har dette ifølge egenevalueringen gjort det vanskelig å få oversikt over hvem som har ansvaret for hva til hvilken tid og hvordan.

Prosjektgruppa i USP Tromsø består av prosjektledere og fagutviklingskonsulent, avdelingslederne og leder ved Kroken sykehjem. I utgangspunktet tenkte man seg at prosjektgruppa også skulle bestå av fagpersoner fra interesseorganisasjoner og samarbeidsparter. I henhold til egenevalueringen var det vanskelig både å få opprettet en slik gruppe og å få den til å fungere, og størrelsen på gruppa ble derfor redusert. Gruppa har en rådgivende funksjon i forhold til prosjektlederne og styringsgruppa.

Opprinnelig tenkte man seg også en intern arbeidsgruppe bestående av ulike yrkesgrupper fra alle avdelinger. Men igjen kom man frem til at en slik gruppe ville bli for stor, og man gikk derfor inn for å opprette arbeidsgrupper etter behov. Det fremgår ikke hvor mange slike arbeidsgrupper som er etablert, hvem som deltar, i hvilke saker, og hvilken rolle disse arbeidsgruppene er tiltenkt i prosjektet.

De to prosjektlederne har begge delte stillinger mellom høgskolen og sykehjemmet. Begge ønsket å være ansatt ved høgskolen. Dette ble godkjent i styringsgruppa for USP Tromsø, og det ble i den forbindelse inngått en avtale mellom Tromsø kommune og høgskolen. I henhold til egevalueringen har denne løsningen fungert etter sin hensikt for alle parter. På evalueringskonferansen uttalte styrer ved sykehjemmet at prosjektlederne på denne måten har kunnet «holde fagblikket høyt», og at dette har fungert godt for prosjektet og sykehjemmet. Det ble også sagt at løsningen har bidratt til at prosjektet har fungert som en døråpner i forhold til universitets- og høgskolemiljøene i Tromsø. Sykehjemmet har fått kontakt med helt andre miljøer enn man har vært vant til. På lengre sikt mente man at dette også kunne bidra til å gjøre sykehjemmet til et bedre sted å være. Prosjektkontoret er ved sykehjemmet. Den skriftlige dokumentasjonen fra USP Tromsø og hjemmesidene gir inntrykk av at prosjektledelsen er mye til stede ved sykehjemmet. Nyhetsbrev fra prosjektet legges ut jevnlig, der det også blir presentert store og små nyheter om sykehjemmet, nytt fra kommunen m.m.

Kartleggingsundersøkelser

I tråd med intensjonene i den nasjonale planen, er det gjennomført kartleggingsundersøkelser både blant personell og pasienter ved sykehjemmet. Resultatene fra undersøkelsen av kompetanse og kompetansebehov viste at omtrent halvparten av de ansatte ved sykehjemmet var pleieassistenter uten formell helsefaglig utdanning. I egevalueringen er det lagt vekt på at dette måtte få konsekvenser for tiltakene. Dette ble også understreket av deltakerne fra USP Tromsø på evalueringskonferansen.

For øvrig viste også kartleggingen i Tromsø at økt bemanning ble vurdert som det viktigste tiltaket i forhold til økt trivsel, livskvalitet, funksjon og helse blant sykehjemsbeboerne. Økt kompetanse kom på annenplass, og lønn på tredje plass. Når det gjelder bemanningssituasjonen, er dette forhold som prosjektet i liten grad kan påvirke, noe som også blir understreket i egevalueringen.

Frie midler

I USP Tromsø har man valgt å utlyse såkalte frie midler gjennom prosjektet, der ansatte ved sykehjemmet inviteres til å søke støtte fra prosjektet til gjennomføring av egne tiltak og prosjekter. I egevalueringen blir bruken av frie midler omtalt som et virkemiddel for å realisere prosjektets idé om en lærende organisasjon, der personalet selv setter fagutvikling og læring på dagsorden. Idégrunnlaget om USP Tromsø som en lærende organisasjon er ifølge egevalueringen utformet i samsvar med Tromsø kommunes opplæringsplan for helse- og sosialsektoren.

I 2000 kom det inn elleve søknader om frie midler, og i 2001 15 søknader. Det er gitt støtte til 1) kurs/hospitering, 2) kompetanseoppbygging og 3) prosjekter/faglig fordypning. Men noen få unntak kommer søknadene fra ansatte ved Kroken sykehjem. Søknadene kommer både fra enkeltpersoner og fra flere personer sammen. I 2001 arrangerte USP Tromsø en konferanse der de som hadde mottatt frie midler presenterte erfaringer

og resultater. Konferansen fikk stor oppslutning, med mer enn hundre deltakere. En tilsvarende konferanse vil også bli arrangert våren 2002.

I egevalueringen heter det at utlysningen av frie midler har vært en viktig forutsetning for resultatoppnåelsen i prosjektet. Fremgangsmåten oppleves som hensiktsmessig og effektiv i forhold til å stimulere læring og fagutvikling. Tiltaket har utløst engasjement hos personalet, og mange har fått mulighet til å delta i prosjektet.

En mulig svakhet ved denne løsningen kan være at den er mindre egnet i forhold til utvikling av prosjekter som inkluderer flere ansatte generelt og prosjekter som går på tvers av faglige og organisatoriske grenser spesielt.

Kurs og opplæringstiltak

Ifølge egevalueringen har det vært gjennomført en rekke ulike kurs i regi av prosjektet. I den siste delen av prosjektet ønsker man å dreie profilen mer i retning av systematisk kompetanseutvikling. Blant de ansatte og i prosjektgruppa har det i den forbindelse vært diskusjoner om man skal prioritere realkompetanse eller formalkompetanse, og hvilket omfang og nivå kompetanseutviklingen skal ha.

Av konkrete eksempler på tiltak som har fått støtte, fikk tre sykepleiere det første året tilskudd til ti vekttalls utdanning i «Kompetanseutvikling i arbeids- og næringsliv». Alle disse er sluttet ved sykehjemmet. I egevalueringen beklager man dette, og reiser spørsmålet om kompetanseheving også kan gi økt turnover, ved at personalet får ny kompetanse som gjør dem mer attraktive i arbeidsmarkedet.

Året etter fikk tre personer (en vernepleier, en sykepleier og en hjelpepleier) tilskudd til formell videreutdanning. I tillegg ble det gitt midler til dagskurs for nyansatte på sykehjemmet og «området» (omsorgstjenesten i kommunen). Fire personer (hvorav tre sykepleiere) fikk innvilget søknad om frie midler til kurs- og konferansedeltakelse.

I 2001 ble det gitt midler til enkeltpersoner som ønsket å delta på ulike kurs og hosingstiltak.

Av egevalueringen går det frem at deltakelsen i kompetansehevende tiltak på kort sikt i første rekke har hatt effekter i form av økt kompetanse hos personalet. Eventuelle effekter på tjenesteytingen er derimot vanskeligere å spore. Det antydes at det kan være for tidlig å se denne typen effekter, og at de også kan være vanskelige å måle.

Prosjektledelsen har fått tilbakemelding fra de ansatte om at de ønsker flere kompetanseutviklingstiltak som går på tvers av yrkesgruppene, og at man ønsker prosjekter som inkluderer flere ansatte i avdelingen. Det blir også foreslått at sykepleiere og hjelpepleiere må få bedre mulighet til å være veiledere. I henhold til prosjektlederne, viser tilbakemeldinger fra de ansatte at de er mer opptatt av enkelttiltak ut fra aktuelle behov i avdelingen enn av formaliserte kompetansetiltak.

Prosjekter/faglig fordypning

I tillegg til kurs/hosingsting og kompetansebygging, er det gitt støtte til tiltak som i prosjektet er kategorisert som prosjekter/faglig fordypning. I år 2000 ble det blant annet gitt støtte til en student ved universitetet som gjennomførte undervisning for personalet

med utgangspunkt i egen hovedoppgave. To avdelingsledere fikk midler til en kartlegging av atferd hos beboere med depresjon i kombinasjon med aldersdemens. Dette prosjektet ble videreført i 2001. Et annet prosjekt som fikk støtte i 2001 var et forprosjekt med tanke på utbedring av fellesrom i sykehjemmet.

Studenter på sykehjemmet

I samarbeid med Høgskolen i Tromsø er det gjort erfaringer med studentovertakelse, der lærere og tredjeårsstudenter fra Høgskolen har overtatt driften av en eller flere avdelinger i en uke. En «bakvakt» har hatt det faglige og administrative ansvaret fra sykehjemmets side. Under overtakelsen har avdelingens personale vært på kurs i regi av videreutdanningen i eldreomsorg ved Høgskolen i Tromsø. Tilbakemeldingene fra studenter, lærere og ansatte er i hovedsak positive, og det er «ikke mottatt klager fra pasienter eller pårørende». En tilbakemelding fra lærerne er at tiltaket bør videreføres, men at noen av de fast ansatte bør være til stede i avdelingen. Lærerne gir uttrykk for at denne typen praksis er krevende på grunn av lang arbeidsdag, ubekvem arbeidstid og stor arbeidsbelastning.

Studentene ga uttrykk for at praksisperioden ga gode muligheter for å integrere teori og praksis. Etske problemstillinger ble mer tydelige, og det ble satt av tid til å reflektere over dem. Studentene konkluderte med at prosjektet bør videreføres, men at det er stort behov for å avklare roller og ansvar hos ansatte, studenter og lærere.

Ansatte gir uttrykk for at mange studenter ved sykehjemmet er positivt, fordi de bringer inn en «faglig samvittighet» som gir læringsutbytte også for personalet. En negativ erfaring er at det kan bli en belastning for pasientene å forholde seg til mange nye personer.

Forskning

Våren 1999 gjennomførte en hovedfagsstudent feltarbeid ved Kroken sykehjem. Resultatene er tilbakeført til avdelingen. I forlengelsen av dette er det gjennomført veiledning og undervisning for personalet, finansiert av frie midler.

Som tidligere nevnt, ble det ansatt en stipendiat i 1999. Denne personen sluttet imidlertid etter ett år. I august 2001 ble det ansatt en ny stipendiat ved Avdeling for sykepleie og helsefag, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø. Som ledd i sitt doktorgradsarbeid vil hun blant annet gjennomføre feltarbeid ved Kroken sykehjem.

Ifølge et nyhetsbrev fra USP Tromsø skulle det høsten 2001 startes opp et aksjonsforskningsprosjekt ved en av avdelingene på sykehjemmet. Prosjektet blir ledet av ansatte ved Avdeling for sykepleie og Helsefag, Universitetet i Tromsø. Resultatene fra undersøkelsen vil bli presentert for personalet, og er tenkt brukt som grunnlag for diskusjon og planlegging av prosjekter med relevans for sykehjemmet.

Rekruttering, turnover, sykefravær?

Arbeidsmarkedet for helsepersonell i regionen har vært stramt i hele prosjektperioden. Det har vært vanskelig å rekruttere sykepleiere og hjelpepleiere, og i noen grad også ufaglærte. Generelt er det få søkere til stillinger i pleie- og omsorgssektoren. Per september 2000 var det elleve årsverk med vakante sykepleierstillinger i 50 prosent stilling eller mer ved sykehjemmet. I disse stillingene var det tilsatt hjelpepleiere. I sykepleierstillinger med liten stillingsandel var det også tilsatt assistenter, og på flere avdelinger var assistenter midlertidig tilsatt i ledige hjelpepleierstillinger.

Som en generell kommentar i egevalueringen blir det sagt at prosjektet bidrar positivt til å rekruttere og beholde personell. Dette blir imidlertid ikke konkretisert eller tallfestet. Det første året ble det brukt midler fra prosjektet til ansatte som tok formell videreutdanning, og som sluttet ved sykehjemmet etter kort tid. Dette aktualiserte spørsmålet om hvorvidt kompetanseutvikling også kan ha en motsatt effekt, ved at personalet blir mer attraktive i arbeidsmarkedet. De ansatte kan også velge å søke seg over i andre jobber dersom sykehjemmet ikke gir dem mulighet til å ta i bruk sin nye kompetanse. Igjen ville det vært interessant å se nærmere på om konsekvensene for rekruttering og turnover påvirkes av hvilke læringsformer og -arenaer som blir benyttet.

Datamaterialet inneholder ingen opplysninger om sykefravær og eventuelle endringer i perioden. Temaet blir likevel berørt i tilbakemeldinger som er gitt fra personalet til prosjektet. I en kommentar blir det sagt at «Nå er det så stor arbeidstynge at personalet blir utslitt og slutter». Under disse rammebetingelsene blir det særlig viktig å se om tiltakene kan utformes på en slik måte at belastningen på personalet ikke øker som følge av prosjektet.

Nettverksbygging i regionen

Prosjektleder deltar i «Demensnettverket» i Troms. Dette nettverket ble etablert etter initiativ fra Fylkesmannen i 1999. I den forbindelse har prosjektmedarbeiderne gjennomført todagerskurs for 30 demenskontakter i fylket.

Prosjektleder deltar i styringsgruppa ved Senter for aldersforskning.¹³

Prosjektmedarbeiderne har også bistått med veiledning i forhold til arbeidet med opplæringsplaner i kommunen.

Prosjektlederne har deltatt i styringsgruppa for USP Karasjok, og fire ansatte ved Karasjok kommune har hospitert i 14 dager på Kroken sykehjem for å få innblikk i demensomsorg i forbindelse med oppstart av skjermet enhet i egen kommune.

Det fremgår ikke av dokumentasjonen hvor tid- og ressurskrevende nettverksbyggingen i prosjektet er, hva som er siktemålet med deltakelsen i de ulike nettverkene, eller hvilket utbytte deltakelsen har gitt så langt.

¹³ Senter for aldersforskning i Tromsø ble formelt etablert 1.1.00 etter initiativ fra styret for programmet «Forskning om eldre i Tromsø». Bakgrunnen for etableringen av senteret var at man ønsket å legge til rette for permanent forskning om eldre i nord. Driften finansieres av Sosial- og Helsedepartementet. <http://www.fm.uit.no/info/ikm/sat/>

Oppsummering

- Prosjektet kom ikke i ordinær drift før prosjektledelsen var på plass vel ett år etter formell prosjektstart.
- Prosjektlederstillingen deles mellom to personer. Begge er ansatt ved høghskolen, men jobber i halv stilling på prosjektet. Prosjektkontoret er på sykehjemmet. Erfaringen fra USP Tromsø er at denne modellen har fungert tilfredsstillende for alle parter. Prosjektlederne har «kunnet holde fagblikket høyt», og har fungert som døråpnere i forhold til universitets- og høghskolemiljøet i Tromsø.
- I kommunen var prosjektet opprinnelig forankret hos kommunaldirektøren. Etter den siste omorganiseringen i kommunen er prosjektet forankret hos rådmannen.
- Styringsgruppa er utvidet med representanter fra helse- og sosialfag i videregående skole.
- I USP Tromsø har man valg å utlyse såkalte frie midler, der ansatte blir oppfordret til å søke om prosjektmidler til gjennomføring av egne ideer og tiltak. Ifølge egnevalueringen har bruken av frie midler vært en viktig forutsetning for resultatoppnåelsen i prosjektet. Tiltaket har utløst engasjement, og mange har fått mulighet til å delta.
- Det første året ble det gitt støtte til tre sykepleiere som deltok i formell etterutdanning. Alle disse er sluttet ved sykehjemmet. I prosjektet reiser man spørsmål om hvorvidt kompetanseheving kan føre til økt turnover.
- Støtte til kompetanseutvikling er i stor grad gitt til enkeltpersoner. I den gjenværende prosjektperioden ønsker man å prioritere mer systematisk kompetanseutvikling.
- Den kortsiktige effekten av deltakelse i kompetansetiltak er økt kompetanse hos personalet. Ifølge egnevalueringen er det trolig for tidlig å se kvalitetseffekter.
- En tilbakemelding fra de ansatte er at de ønsker flere læringstiltak som går på tvers av yrkesgrupper, og som involverer flere ansatte.
- Prosjektet har gjort erfaringer med «studentovertakelse», der lærere og tredjeårsstudenter fra Høghskolen har overtatt driften av en eller flere avdelinger. Positive tilbakemeldinger er at tiltaket gir gode læringsmuligheter både for studenter og for personale, som får mulighet til å delta på kurs under overtakelsen. Samtidig er det behov for rolleavklaring. For pasientene kan det å forholde seg til mange nye personer være en belastning.
- I henhold til egnevalueringen har prosjektet bidratt til å rekruttere og beholde personell, men dette er ikke konkretisert eller tallfestet.
- Det gis ingen opplysninger om sykefravær og eventuelle endringer i perioden.

USP Karasjok

Karasjok helsesenter er kjerneinstitusjonen i USP Karasjok. Helsesenteret omfatter en pleie- og omsorgsavdeling, en helseavdeling og et spesialistlegesenter. Samarbeidspartnerne i prosjektet er Samisk Høgskole i Kautokeino, Høgskolen i Finnmark og Samisk videregående skole.

Prosjektet ble opprinnelig etablert som et sprednings-/satellittprosjekt til USP Tromsø/Nord-Norge, og hovedprosjektet i Tromsø var representert i styringsgruppa til USP Karasjok. Underveis i prosjektperioden har imidlertid prosjektet i Karasjok fått status som selvstendig undervisningssykehjemsprosjekt, uten at bakgrunnen for dette fremgår klart av materialet. Finansieringssituasjonen for USP Karasjok virker også noe uavklart. Av egnevalueringen fra USP Tromsø heter det at fordelingen av statlige midler til «Prosjekt Nord» ble foretatt sentralt, og videresendt fra Tromsø kommune. Det er uklart om dette betyr at en del av bevilgningen til Tromsø var øremerket Karasjok. Våren 2000 ble det tatt initiativ til en formalisering av samarbeidet mellom de to prosjektene, og da spesielt i forhold til økonomien.

I henhold til egnevalueringen til USP Karasjok har den økonomiske situasjonen i prosjektet vært preget av uforutsigbarhet. Karasjok kommune har bidratt med årlig finansiering. I tillegg har det vært søkt finansiering gjennom SHD, Finnmark fylkeskommune og Sametinget. Det fremgår ikke av materialet hvor store de ulike bidragene har vært.

De fire opprinnelige hovedprosjektene i det nasjonale Undervisningssykehjemsprosjektet ble begrunnet ut fra sin nærhet til universitetsmiljøene. Opprettelsen av Undervisningssykehjemsprosjektet i Karasjok har en annen begrunnelse, med vekt på behovene hos den samiske delen av befolkningen. Konkrete utfordringer er knyttet til aktiv bruk av samisk språk i pleiesituasjonen og økt forståelse for samisk kultur blant personalet.

Ifølge handlingsplanen for USP Karasjok for 1999–2002 er det overordnede målet for USP Karasjok å sikre kvalitet og kompetanse i helse-, pleie- og omsorgs- og sosialtjenesten til eldre ut fra den samiske befolkningens kulturelle og språklige bakgrunn. I tillegg finner vi disse målformuleringene:

- Undervisningssykehjemsprosjektet blir en naturlig del av helse-, pleie- og omsorgs- og sosialtjenesten.
- Å systematisk heve og sikre kvaliteten på pleie-, omsorgs-, rehabiliterings- og behandlingsarbeidet.
- Utvikling av kvalitetssystemer som sikrer gode tjenester til de gamle.
- Etablere et miljø i den kommunale helse-, pleie- og omsorgs- og sosialtjenesten som stimulerer til økt interesse for fagutvikling, forsøksarbeid og forskning på områder spesielt knyttet til eldreomsorg, organisasjonsutvikling og kunnskapsanvendelse i et flerkulturelt perspektiv.

- Satse på målrettet fagutvikling med utgangspunkt i brukerens behov, kvalitetsforskriftene og institusjonens handlingsplaner som en integrert del av det daglige arbeidet.
- Utvikle nettverk med de andre undervisningssykehjemsprosjektene.
- Utvikle nettverk med kommuner i de samiske språkområdene.
- Initiere forskning og fagutvikling på problemstillinger av relevans for eldreomsorgen til den samiske befolkningen i den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Prosjektledelse og -bemanning

Ifølge egevalueringen kom prosjektet formelt i gang i september 1999. Prosjektleder ble ansatt før det, og deltok i planleggingen av prosjektet, med veiledning fra den nasjonale ledelsen i Undervisningssykehjemsprosjektet. Også her har det vært et prosjektlederskifte underveis i perioden. Stillingen var ubesatt et par måneder før nåværende prosjektleder begynte i stillingen i januar 2001. I egevalueringen heter det at prosjektlederskiftet førte til forsinket fremdrift i prosjektet.

Organisatorisk forankring

USP Karasjok har en styringsgruppe som opprinnelig besto av representanter fra sykehjemmet og de tre samarbeidspartnerne, i tillegg deltok Kirkevold som prosjektleder nasjonalt og en representant for USP Tromsø. Prosjektleder er underlagt styringsgruppa, og fungerer som sekretær for denne. Styringsgruppa består nå av to representanter og en tillitsvalgt fra Karasjok kommune, representanter fra de tre eksterne samarbeidspartnerne, og nasjonal prosjektleder.

Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal være et bindeledd mellom styringsgruppe/prosjektleder og pleie- og omsorgssektoren i kommunen. Sammensetning og aktivitetsnivå i denne gruppa fremgår ikke av dokumentene.

I linje fra prosjektleder er det en prosjektgruppe bestående av mellomledere ved sykehjemmet. I henhold til egevalueringen er det ikke definert oppgaver og ansvar for prosjektgruppa.

Tiltak og erfaringer

Ifølge egevalueringen ble det i 1999 og 2000 gjennomført tre seminarer og sju kurs for ansatte i helse-, pleie- og omsorgs- og sosialsektoren i kommunen. I tillegg ble det gjennomført tre kursrekker av lengre varighet. Videre er det initiert vekttallskurs i kulturforståelse for ansatte av Høgskolen i Kautokeino. Opplæringstiltakenes lengde, målgruppe og antall deltakere, og i hvilken grad de ulike tiltakene er gjennomført i regi av prosjektet, fremgår ikke klart av dokumentasjonen.

Ufaglært pleiepersonell har deltatt i et opplæringsløp frem mot hjelpepleiereksamen som privatister. Det fremgår ikke hvor mange dette dreier seg om.

Av konkrete tiltak under fagutvikling blir det nevnt at personalet på skjermet enhet har gjennomgått kurs og gjennomført hospitering ved tilsvarende enhet ved Kroken sykehjem i Tromsø.

Når det gjelder studentrettede aktiviteter, har Karasjok Helsesenter hatt studenter fra Høgskolen i Finnmark som har gjennomført praksis ved sykeavdelingen.

Av forskningsaktiviteter blir det vist til at det er knyttet kontakter med Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og Samisk helseforskning.

Når det gjelder nettverksbygging, heter det at prosjektet har som mål å formidle erfaringer til sykehjem i de kommuner som faller inn under Sametingets forvaltningsområde. Her blir det også vist til samarbeidet med USP Tromsø.

Rekruttering og sykefravær

Av egenevalueringen fremgår det at kommunen har en stipendordning til studenter, og at man venter at dette vil føre til en økning i antall sykepleiere. Det vises også til et samarbeid med Høgskolen i Finnmark og Samisk ideregående skole om desentralisert sykepleierutdanning som skal legges til Karasjok. Plassene er forbeholdt samisktalende fra Karasjok. Ut fra mulighetene til å søke opptak på grunnlag av realkompetanse, antar man at rekruttering i første rekke vil skje blant personer med lang erfaring fra pleie- og omsorgsarbeid. Dette er et tiltak som trolig kan bidra til kompetanseheving blant de ansatte, men det fremgår ikke klart i hvilken grad tiltaket blir gjennomført i regi av Undervisningssykehjemsprosjektet.

Ifølge egenevalueringen har sykefraværet vært høyt, med et økende antall sykmeldinger i prosjektperioden. I egenevalueringen blir dette knyttet til endringer i lederstruktur og omorganisering. Av den grunn har man også valgt å prioritere ledelsesutvikling og arbeidsmiljø som viktige forutsetninger for at personalet skal ha mulighet til fag- og kompetanseheving. Ut over dette gir ikke materialet grunnlag for å si noe om prosjektets innvirkning på rekruttering og sykefravær i perioden. Når det gjelder USP Karasjok, er dette heller ikke formulert som egne mål. Også her vil imidlertid bemanningssituasjonen ha betydning for muligheten til å gjennomføre fagutvikling, nettverksbygging og forskning.

Oppsummering

- USP Karasjok var opprinnelig et satelittprosjekt til USP Tromsø, men har siden fått status som et selvstendig hovedprosjekt. Finansieringssituasjonen virker noe uavklart.
- Målene for prosjektet er knyttet til de samiske pasientenes behov.
- En erfaring fra prosjektet er at ledelsesutvikling og arbeidsmiljø er viktige forutsetninger for at personalet skal ha mulighet til å delta i fagutvikling og kompetanseheving.
- Det har vært et prosjektlederskifte underveis i perioden, som førte til forsinket fremdrift i prosjektet.

- Det er gjennomført en rekke kurs og seminarer i perioden. Dokumentasjonen inneholder ikke opplysninger om tiltakenes varighet, målgruppe, hvor mange som deltok, eller i hvilken grad de ulike tiltakene er gjennomført i regi av Undervisningssykehjemsprosjektet.
- Ansatte på skjermet enhet har hospitert ved tilsvarende enhet ved Kroken sykehjem i Tromsø.
- Ifølge egnevalueringen har sykefraværet vært høyt i perioden, og antall sykmeldinger har økt. Dette blir knyttet til andre forhold enn prosjektet.

USP Gjøvik

Undervisningssykehjemsprosjektet i Gjøvik har status som et satellittprosjekt til USP Oslo. I den nasjonale planen blir det ikke gitt noen eksplisitt begrunnelse for etableringen av et undervisningssykehjem på Gjøvik. Det blir imidlertid påpekt at man i Gjøvik hadde gjort erfaringer med bruk av veiledningsgrupper i eldreomsorgen. Ved Høgskolen i Gjøvik mente man at «tiden er kommet for å anvende og videreutvikle de erfaringer som er beskrevet ovenfor, gjennom et samarbeid med praksisfeltet om kompetanseutvikling i pleie- og omsorgstjenesten til eldre mennesker».

HiG, avdeling for helsefag, har en stor seksjon for grunnutdanning i sykepleie, samt en mindre seksjon for videreutdanning i helse- og sosialfag. Her er det drevet videreutdanning innen eldreomsorg siden 1989. Det var innen dette studiet at interesse for og initiativet til et samarbeid med praksisfeltet startet.

I egnevalueringen fra USP Gjøvik heter det at søknaden om etablering av et undervisningssykehjem i Gjøvik ble innvilget på grunn av godt forarbeid. To høskolelektorer ved Høgskolen i Gjøvik var initiativtakere til prosjektet, og ble møtt av positive holdninger i kommunen. Etter en aktiv planleggingsfase ble det undertegnet en samarbeidsavtale mellom Høgskolen i Gjøvik og Gjøvik kommune allerede høsten 1998.

Kjerneinstitusjonen i USP Gjøvik er Haugtun Omsorgssenter/Gjøvik kommune. Høgskolen i Gjøvik er samarbeidspartner. Da prosjektet startet opp, var Haugtun Sykehjem et gammelt sykehjem i sentrum av Gjøvik. Etter en bygge- og omorganiseringsperiode har institusjonen plass til 50 beboere, og rommer også kontorer for hjemmetjenestene i Sentrum omsorgsdistrikt.

I henhold til egnevalueringen bygger USP Gjøvik sine arbeidsmetoder på et lærings-syn som vektlegger kunnskapsutvikling gjennom systematisk refleksjon over egen praksis. Som et delprosjekt er det utarbeidet en egen rapport om det teoretiske og metodiske grunnlaget for prosjektet.

To hovedmål

Ifølge prosjektbeskrivelse/handlingsplan for 2000–2002 er prosjektets overordnede mål å bidra til bedret omsorg for den enkelte beboer/pasient og dennes nærmeste pårøren-

de, i tråd med kvalitetsforskriftene for pleie- og omsorgstjenestene og institusjonens handlingsplaner. Realiseringen av denne målsettingen ses i nær tilknytning til personalets kompetanse, fagutvikling, samt kunnskapsutvikling gjennom forskning.

I 1992 gjennomførte videreutdanningsstudenter ved Sykepleierhøgskolen i Oppland en kartleggingsundersøkelse. Undersøkelsen viste en sammenheng mellom pasientenes opplevde livskvalitet og deres tillit til personalet i kommunehelsetjenesten. Tilliten viste seg i høy grad å være knyttet til en opplevelse av den kompetansen personalet viste i samhandlingssituasjoner.

Pasientenes opplevelse av tillit til personalet gjennom økt livskvalitet i hverdagen, er definert som hovedmål for prosjektet.

Som satelittprosjekt har ikke Gjøvik et selvstendig ansvar for regional nettverksbygging. Av egenevalueringen fremgår det også at man har prioritert å forankre prosjektet lokalt. Informasjon og kommunikasjon med den nasjonale ledelsen har vært nedprioritert til fordel for det konkrete arbeidet lokalt.

I likhet med de andre lokale prosjektene ble det også i USP Gjøvik gjennomført en kartlegging av kompetanse og kompetansebehov hos ansatte i sykehjemmet og omsorgsdistriktet for øvrig. Datamaterialet fra denne undersøkelsen var imidlertid ikke analysert da egenevalueringen ble gjennomført.

Prosjektledelse og -bemanning

USP Gjøvik ledes av en høgskolelektor ved Høgskolen i Gjøvik (HiG), som også var den sentrale initiativtakeren til prosjektet. De statlige tilskuddene til prosjektet har ifølge egenevalueringen i første rekke dekket deler av lønnskostnader til prosjektleder. I tillegg er 20 prosent av en fagkonsulentstilling i kommunen knyttet til prosjektet.

Organisering

I styringsgruppa for prosjektet deltar pleie- og omsorgssjefen i kommunen, to representanter fra HiG, en avdelingsleder fra sykehjemmet, to tillitsvalgte og Kirkevold. Prosjektleder møter som sekretær. Det fremgår ikke hvor mange møter som har vært avholdt i styringsgruppa, eller hvilken rolle styringsgruppa har hatt i utviklingen av prosjektet.

En referansegruppe er sammensatt av to fagkonsulenter fra Gjøvik kommune, distriktleder for pleie- og omsorgstjenesten, to avdelingssykepleiere fra sykehjemmet og to prosjektmedarbeidere fra HiG. Ifølge egenevalueringen har det vært månedlige samarbeidsmøter i referansegruppa.

Eksternt samarbeid

Samarbeidet mellom den nasjonale prosjektledelsen og lokale prosjektleder blir i egenevalueringen beskrevet som tilfredsstillende. I startfasen av prosjektet har man valgt å bruke mest ressurser på lokal forankring av prosjektet.

Det blir reist spørsmål ved hensiktsmessigheten av å involvere seg sterkt i arbeidet med overordnede strategiske planer for det nasjonale prosjektet, gitt USP Gjøvik sin status som satellittprosjekt. Fra Gjøvik sin side oppfatter man at man står ansvarlig i forhold til USP Oslo, og ikke i forhold til departementet når det gjelder økonomi og rapportering.

De nasjonale nettverksmøtene har ifølge USP Gjøvik bidratt til å styrke tilhørigheten til det nasjonale prosjektet. Antall møter betraktes som tilfredsstillende, og innholdsmessig har møtene vært nyttige. Samtidig etterlyses mer tid til spørsmål og diskusjon.

Bruk av refleksjonsgrupper

Hovedaktiviteten i prosjektet for øvrig har bestått i bruk av refleksjonsgrupper i tilknytning til de ulike postene. Arbeidet ledes av fagpersoner som har ansvar for teoretiske innspill til refleksjonsgruppene. Eksempelvis er det gjennomført refleksjonsgrupper omkring temaer som ernæring og måltider, kommunikasjon og samhandling og rettighetsbegrensninger og tvang.

Det har vært gjennomført ukentlige refleksjonsgrupper i avdelingene. Det gis også eksempler på konkrete resultater. Eksempelvis førte refleksjonsgrupper om inntakstrinnet til at rutinene ble endret. Hovedmål for mottakelse av nye pasienter ble nedtegnet, ansvarsfordelingen ble synliggjort og de konkrete rutinene beskrevet. Det ble også gjennomført en revisjon av skjemaer som blir benyttet ved inntak.

Refleksjonsarbeid i forhold til ernæring og spisesituasjoner ble brukt i forbindelse med planlegging av kjøkkenrutiner og innkjøp til den nye institusjonen.

Fagutvikling som studentprosjekter

I regi av prosjektet har videreutdanningsstudentene i eldreomsorg startet fagutviklingsarbeider på egen arbeidsplass. Resultatene av arbeidene er benyttet i sykehjemmet, både som bakgrunn for undervisning og iverksetting av praktiske tiltak.

Prosjekt om studentenes møte med praksisfeltet

Det er gjennomført et prosjekt om sykepleiestudentenes møte med praksisfeltet gjennom grunnutdanningen. På bakgrunn av dette arbeidet er det utarbeidet retningslinjer for introduksjonspraksis for studentene i deres første møte med praksis.

I henhold til egnevalueringen foreligger det muligheter for forskningsstudier og teoriutvikling i dette prosjektet.

Lite ressurskrevende, men effektiv metode?

Ifølge egnevalueringen har prosjektet ført til kompetanseheving både hos ansatte ved sykehjemmet og høyskolen. Oppslutningen om refleksjonsgruppene har vært stor. I utgangspunktet forsøkte man å inkludere alle i avdelingen i refleksjonsgruppene. I perioder med stort arbeidspress viste det seg imidlertid å være vanskelig å forlate avdelingen. Avdelingslederne har likevel forsøkt å legge til rette for at flest mulig har fått anledning til å møte i gruppa. En del av personalet har deltatt på møtene også i fritiden.

Kommunens representanter er opptatt av å overføre erfaringene fra kjerneinstitusjonen til de andre omsorgsdistriktene i kommunen. På denne måten har man, ifølge egen-evalueringen, startet utviklingen mot en «undervisningskommune».

Ifølge egnevalueringen har prosjektet ført til at personalet «reflekterer mer i hverdagen og har en større varhet for beboernes situasjon», som i noen tilfeller har ført til mer individrettet pleie og omsorg.

Oppsummering

- USP Gjøvik har status som et satelittprosjekt til USP Oslo. Begrunnelsen for et eget undervisningssykehjem blir i stor grad knyttet til et godt forarbeid fra Høgskolen i Gjøvik og positive holdninger i kommunen. Som satelittprosjekt har ikke USP Gjøvik et selvstendig ansvar for regional nettverksbygging.
- Lokal forankring har vært prioritert fremfor informasjon og kommunikasjon med den nasjonale ledelsen.
- Prosjektet bygger sine arbeidsmetoder på kunnskapsutvikling gjennom systematisk refleksjon over egen praksis i egne refleksjonsgrupper. Arbeidet ledes av fagpersoner som har ansvar for teoretiske innspill til gruppene. I henhold til dokumentasjonen har det vært ukentlige refleksjonsgrupper i avdelingene. Arbeidet i gruppene har ført til konkrete resultater i form av endringer i rutiner.
- Oppslutningen om refleksjonsgruppene har vært stor. Man har forsøkt å inkludere alle i avdelingen, men i perioder med stort arbeidspress har dette vært vanskelig. Erfaringen er at personalet «reflekterer mer i hverdagen og har en større varhet for beboernes situasjon».
- Kommunens representanter i prosjektet ønsker å overføre erfaringene til de andre omsorgsdistriktene i kommunen.

Oppsummering og innspill

I hvilken grad har organisering og styring vært optimal i forhold til prosjektets målsettinger om bedret kvalitet, høy faglig standard og bedret rekruttering? Dette spørsmålet var utgangspunktet for kapitlet. Av flere grunner det bare mulig å besvare spørsmålet et stykke på vei.

For det første er det åpenbare begrensninger i datamaterialet. Datagrunnlaget for denne delen av evalueringen bygger i hovedsak på skriftlig omtale fra prosjektene selv, der handlingsplaner og egnevalueringene fra 2001 utgjør hovedmaterialet. Dette materialet beskriver prosjektene ut fra prosjektledelsens ståsted, noe som i seg selv utgjør en viktig begrensning. Synspunktene og erfaringene i kommune, sykehjem, universitet og høyskoler kommer i liten grad til uttrykk. De skriftlige dokumentene gir videre svært

begrenset informasjon om finansiering og faktisk ressursbruk i prosjektene. Det kan være vanskelig å se i hvilken grad de ulike prosjektmedarbeiderne er lønnet av midler fra prosjektet. I prosjektperioden er det iverksatt en rekke ulike tiltak, aktiviteter og prosjekter ved de ulike sykehjem og hos samarbeidspartene, men også her er det uklart i hvilken grad disse er finansiert av midler fra USP. I en eventuell sluttevaluering vil standardisert økonomisk rapportering fra prosjektene være en forutsetning for å kunne vurdere resultatene i forhold til ressursbruken.

For det andre er målene om bedret kvalitet og høy faglig standard generelle. Uten en nærmere konkretisering er det vanskelig å vurdere i hvilken grad man lykkes med å oppnå målene. I forhold til den gjenværende prosjektperioden bør man foreta en konkretisering og operasjonalisering av målene, enten på sentralt hold eller lokalt i det enkelte undervisningssykehjemsprosjekt. Operasjonaliseringen av mål forutsetter en nærmere avklaring i forhold til hva Undervisningssykehjemsprosjektet skal være. Dette spørsmålet kommer vi tilbake til mot slutten av kapitlet.

For det tredje er målene langsiktige. Det blir fremhevet i egnevalueringene, og det kom også frem på evalueringskonferansen at det er for tidlig å måle effekter. Det gjelder særlig i forhold til tjenestekvaliteten, men også når det gjelder det faglige nivået.

For det fjerde vil kvalitet, faglig nivå og rekruttering i stor grad være påvirket av forhold som prosjektet ikke har kontroll over. Rammebetingelsene i eldreomsorgen generelt, med knapphet på tid og personell, er forhold som har stor betydning for muligheten til å realisere målene i USP. Eksempelvis viste kartleggingsundersøkelsene i prosjektene at økt bemanning er det tiltaket de ansatte mener har størst betydning i forhold til bedre helse, livskvalitet og trivsel hos beboerne.

Selv om målene hadde vært mer presise, om man var kommet lenger i forhold til å se resultater, om det hadde vært mulig å isolere effektene, og om datamaterialet hadde gitt oss de opplysninger vi var interessert i, ville det sannsynligvis ikke være mulig å finne en modell som ville være «optimal» i forhold til målene i prosjektet. Dokumentanalysen og evalueringskonferansen har vist at hovedprosjektene ut fra sine lokale forutsetninger har valgt ulike modeller og funnet ulike løsninger innenfor rammen av USP. Et spørsmål som det derfor må ta stilling til, er om man vil velge én modell, eller om man vil gi rom for fleksibilitet i de lokale prosjektene. Vektleggingen av ulike mål i prosjektet vil også ha betydning for valg av organisatorisk løsning.

Evalueringen er en underveisevaluering, der en evaluering av måloppnåelse verken er mulig eller hensiktsmessig. Vi har derfor lagt vekt på å synliggjøre erfaringer fra prosjektene og å påpeke sentrale dilemmaer og veivalg i forhold til videreføringen av USP.

Prosjektleders kvalifikasjoner

I henhold til den nasjonale planen for USP bør ansvaret for forskning, fagutvikling og kompetanseutvikling ved sykehjemmet tillegges en professor/førsteamanuensis i full stilling. Prosjektlederen bør være ansatt ved universitetet, men ha sykehjemmet som sitt hovedarbeidssted. Denne forutsetningen har vist seg å være vanskelig å innfri i praksis. Det kan også innvendes at ansvaret for kompetanseutvikling og fagutvikling i stor grad

er et arbeidsgiveransvar som vanskelig kan overføres til en person som er ansatt ved universitet eller høyskole.

Det er behov for en diskusjon om hvilke kvalifikasjoner prosjektleder skal ha. Ideelt sett bør vedkommende både ha høy faglig kompetanse, kjennskap til sektoren og prosjektledererfaring. Samtidig er det viktig å sikre stabilitet i prosjektene. Ubesatte stillinger og utskiftninger i prosjektledelsen har fått store konsekvenser for fremdriften i prosjektene. I en sluttevaluering er det viktig å gå nærmere inn på årsakene til at det har vært vanskelig å rekruttere og beholde prosjektledere i USP. I videreføringen av prosjektet bør man legge vekt på å utvikle organisatoriske løsninger som gjør prosjektene mindre sårbare for utskiftninger i prosjektledelsen.

Fri og uavhengig eller integrering i linja?

Det amerikanske Undervisningssykehjemsprosjektet (Teaching Nursing Homes) hadde som sitt primære siktemål å øke den kliniske forskningen i sykehjem. Denne hensikten ble oppnådd, men det skjedde liten endring i sykehjemmene utover den forskning de enkelte prosjektene førte til (Kirkevold og Kårikstad 1999). For å unngå en tilsvarende utvikling i det norske prosjektet, har det fra begynnelsen vært lagt stor vekt på at prosjektene skulle integreres som en naturlig del av virksomheten i sykehjemmet. Blant virkemidlene som er tatt i bruk for å sikre dette, er fysisk tilstedeværelse ved etablering av egne prosjektkontor på sykehjemmene, intern informasjon og kommunikasjon, etablering av egne hjemmesider på internett m.v. Samtidig er det en viktig tilbakemelding i flere av undervisningssykehjemmene at prosjektet og prosjektmedarbeiderne også må bli mer synlige i sykehjemmenes daglige liv og virke.

Intensjonen i USP var å integrere praksisfeltet og teorifeltet gjennom delte stillinger mellom sykehjem og universitet og høyskoler. Prosjektene har ulike erfaringer med denne modellen.

I Oslo og Tromsø har prosjektledelsen hatt delte stillinger mellom universitet/høyskole og sykehjem. Universitet og høyskole har hatt det formelle arbeidsgiveransvaret. Fordelene med denne modellen er at den har ført til sterke samarbeidsrelasjoner mellom sykehjem og universitets- og høyskolesektoren. Videre har prosjektlederne på denne måten kunnet «holde fagblikket høyt». Ulempen med en slik modell er at de avdelingsspesifikke behovene kan komme til å tre i bakgrunnen.

I Bergen og Trondheim har man valgt å legge hele prosjektansvaret inn i linja under sykehjemsledelsen for å få en bedre integrasjon mellom prosjektet og den daglige driften. Dette er en modell som kan være hensiktsmessig i forhold til å sikre at kompetanseutviklingen tar utgangspunkt i konkrete behov i organisasjonen. Modellen gjør det også lettere å se organisasjonsutvikling og kompetanseutvikling i sammenheng, noe som kan bedre forutsetningene for at kunnskapen blir tatt i bruk i organisasjonen. Prosjektansvar og beslutningsmyndighet i forhold til den daglige driften blir samordnet. Ulempen kan være at denne modellen gjør det vanskelig å ivareta og utvikle relasjonene til de eksterne samarbeidspartene.

På evalueringskonferansen på Vetre ga deltakerne uttrykk for at de ønsket å samle flere erfaringer med de modellene som er valgt. Valg av modell må også ses på bakgrunn

av ulike lokale rammebetingelser og personlige kvalifikasjoner og egenskaper hos prosjektledere og andre sentrale aktører i prosjektene. I denne fasen er det trolig mest hensiktsmessig å gi rom for en viss fleksibilitet i valg av organisatoriske løsninger. I en slutt-evaluering vil det være viktig å kartlegge og dokumentere styrker og svakheter i de modellene som er valgt.

Teoretisk undervisning eller erfaringsbasert læring?

Undervisningssykehjemsprosjektene har i ulik grad satset på formelle utdanningstiltak for enkeltindivider. I Oslo har individuell kompetanseheving vært en hovedsatsing i den første perioden i prosjektet. Tiltakene har i første rekke vært rettet mot sykepleiere og hjelpepleiere som har deltatt i formell etterutdanning. En viktig erfaring er at det har vært investert til dels store ressurser i kompetanse som det har vist seg vanskelig å beholde. Eksempelvis har nyansatte sykepleiere sluttet etter å ha gjennomført videreutdanning, uten at organisasjonen har kunnet nyttiggjøre seg kompetansen. Frustrasjon over manglende muligheter til å ta kompetansen i bruk, har vært en av forklaringene på at ansatte slutter.

Gjøvik kan betraktes som motsatsen til Oslo. Der har hovedaktiviteten bestått i praksisbasert læring gjennom bruk av refleksjonsgrupper i tilknytning til aktuelle temaer ved de ulike postene.

I Tromsø har man innvilget støtte til søknader om frie midler, blant annet til individuell kompetanseheving. I resten av prosjektperioden ønsker man imidlertid å satse på mer systematisk kompetanseheving. En viktig tilbakemelding fra de ansatte er at de ønsker tiltak som går på tvers av yrkesgruppene, og som inkluderer flere av de ansatte.

Også i Trondheim har prosjektet hittil bidratt med midler til individuell kompetanseheving. I det videre arbeidet ønsker man å endre vektleggingen fra ekstern undervisning til postrelaterte undervisningstiltak. Dette blir blant annet begrunnet med at det kan være vanskelig å skaffe vikarer, og at man ønsker at tiltakene skal være mer tilgjengelige for personalet.

Ønsket om en bedre utnyttelse av kompetansen kan være en av forklaringene på at man ønsker å vri satsingen fra individuell kompetanseheving til mer kollektivt orientert faglig utvikling på arbeidsplassen. Det er et velkjent fenomen fra faglitteraturen at støtte til studier av lengre varighet, uten at tiltakene har forankring i et godt læringsmiljø på arbeidsplassen, lett kan føre til kompetanseutvikling som foregår isolert fra organisasjonen (Nilsen og Kvale 1999, Dalin 1999).

Samtidig er det en viktig erfaring fra prosjektet at det å ta ansatte ut i formelle kompetansehevende tiltak kan føre til økt arbeidsbelastning på resten av personalet. I Oslo så man at de postene som hadde mange ansatte ute i formelle opplæringstiltak, opplevde en markert økning i sykefraværet i prosjektperioden. Når man ønsker å satse mindre på individuell kompetanseheving, kan dette derfor også være en tilpasning til en situasjon der lav bemanning, høyt sykefravær og vanskeligheter med å skaffe vikarer er en del av normalsituasjonen.

Gitt dagens rammebetingelser i sektoren, virker det hensiktsmessig å satse på kollektive læringsformer der sykehjemmet tas aktivt i bruk som læringsarena. Erfaringene fra

prosjektene er at dette er en effektiv og lite ressurskrevende metode. Som vi har vært inne på, er det imidlertid en rekke organisatoriske forutsetninger som må være til stede for at sykehjemmene skal fungere som gode læringsarenaer. Støtte fra ledelsen, tid og ressurser til veiledning, mulighet til teoretiske innspill og felles begrepsutvikling er forhold som kan bidra til utviklingen av sykehjemmene som lærende organisasjoner. Videre er det av stor betydning at kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling blir sett i sammenheng, slik at kunnskapen også kan bli tatt i bruk gjennom nye måter å jobbe på.

I den grad man vil satse på individuell kompetanseheving, bør det være en forutsetning at innholdet i utdanningen er tilpasset behovene i sykehjemmet eller avdelingen. Vi har også sett betydningen av å sikre at kunnskapen blir tatt i bruk i praksis. Formelle avtaler om bindingstid etter endt utdanning er et virkemiddel som også bør vurderes i denne sammenheng.

Ekstern rekruttering eller synliggjøring og utvikling av realkompetanse?

Kartleggingen av kompetansebehov blant personalet viste at store deler av personalet ved sykehjemmene har lite formell utdanning, men lang arbeidserfaring i eldreomsorgen. I flere av prosjektene ønsker man derfor å synliggjøre og utvikle denne kompetansen gjennom tilpasset opplæring for denne gruppa. Tallene viser også at det i første rekke er sykepleiere og hjelpepleiere som slutter i sykehjemmene. Kompetanseutvikling rettet mot den mest stabile delen av personalet kan derfor være en effektiv måte å oppnå målet om et bedre kvalifisert og mer anvendbart personale.

Mest systematisert er denne typen tiltak i USP Bergen, der man har satset på en egen hjelpepleierklasse ved sykehjemmet. Personalet tar eksamen som privatister, men opplegget skiller seg fra et ordinært privatistløp, ved at veiledning og praksis inngår i opplæringen, og undervisningen foregår på arbeidsplassen.

Kvalifisering av ufaglærte er én tilnærming til spørsmålet om kompetansebehov i eldreomsorgen. Alternativt kunne man tenke seg en mer åpen tilnærming til forholdet mellom kvalifikasjoner og oppgaver (Nyen og Svensen 2002). I et slikt perspektiv kunne man ta utgangspunkt i hvilke konkrete oppgaver som skal løses i hverdagen på sykehjemmene og hvilke kvalifikasjoner som er nødvendige for å løse disse oppgavene. Synliggjøring og bruk av taus kunnskap kan også føre til at sykepleierressurser blir frigjort og dermed bidra til realisering av målene i USP.

Det er et generelt problem for pleie- og omsorgssektoren når høyt utdannet personell bruker mye av sin arbeidsdag på oppgaver som andre kunne gjort like bra eller bedre (Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998–2001). På evalueringskonferansen ble det sagt at det var et mål for prosjektet å redusere antallet ufaglærte. Dette kan være et viktig mål, men det er også viktig at det ikke overskygger behovet for å synliggjøre og ta i bruk den kunnskapen som erfarne pleieassistenter og hjelpepleiere besitter.

I en undersøkelse om interesse for etter- og videreutdanning svarte nesten førti prosent av pleieassistenterne at mulighetene til faglig utvikling har liten eller ingen betydning for dem i deres nåværende jobb. Det sosiale miljøet på jobben og inntektene fra arbeidet er de forholdene ved jobben som teller mest. Mange legger også stor vekt på det å ha overskudd til andre ting enn jobben. Undersøkelsen viste også at interessen for formell

utdanning og opplæring er betydelig høyere hos de yngre pleieassistentene enn hos de eldre (Hagen og Skule 2001). Dette viser at kvalifisering av ufaglærte kan være en aktuell strategi i forhold til noen grupper, og da kanskje i første rekke unge arbeidstakere som ønsker å arbeide innenfor pleie- og omsorgssektoren. For mange av de eldre medarbeiderne i sektoren, vil motivasjonen for å satse på formell utdanning være lav. Samtidig besitter disse en betydelig realkompetanse som det er viktig å synliggjøre og anerkjenne i sykehjemshverdagen.

Kompetanse og sykefravær

Høyt sykefravær er en viktig del av rammebetingelsene i eldreomsorgen. Sykefraværet har også betydning for muligheten til å realisere målene i USP. Det er velkjent at belastningsslidelser med påfølgende langtidssykmeldinger hos pleiepersonell med lang arbeids erfaring er et generelt problem innen eldreomsorgen. Ifølge en rapport fra arbeidstilsynet, skyldes over halvparten av alt sykefravær over 14 dager muskel- og skjelettplager. Hjelpepleiere har 50 prosent større risiko for å bli meldt uføre som følge av muskel- og skjelettskader enn gjennomsnittet av norske arbeidstakere. En tredjedel av de yrkesaktive hjelpepleierne i Norge arbeider i alders- og sykehjem.

Kunnskapsutvikling med tanke på å redusere belastningsskader kan være et viktig virkemiddel for å realisere målene i USP. Igjen er det viktig å understreke at kunnskap i seg selv har liten effekt om man ikke samtidig har mulighet til å ta kunnskapen i bruk i hverdagen. Eksempelvis er det innlysende (og dokumentert) at kunnskap om riktig løfteteknikk alene ikke er tilstrekkelig til å forebygge skader dersom de fysiske forhold og organisering av arbeidet ikke gir anledning til å bruke denne kunnskapen (Arbeidstilsynet 1998).

Sykehjemmene som praksisarena for studenter

I flere av prosjektene har man gjort erfaringer med å knytte studentarbeid opp mot problemstillinger i avdelingene. Flere steder har man også hatt forsøk med såkalte studentovertakelser, der studenter har overtatt driften av en eller flere avdelinger ved sykehjemmene. Tilbakemeldinger fra studenter etter studentovertakelsen har vært gode. En erfaring er at det er viktig med avklaring av roller og ansvar hos ansatte, studenter og lærere. En tilbakemelding er også at noen av de fast ansatte bør være til stede i avdelingen under studentovertakelsen.

I regi av USP er det igangsatt et utredningsarbeid som skal analysere hvilke betingelser som må være til stede for å sikre et godt læringsmiljø.

Fagutvikling

Gjennomgangen av dokumentene viser at begrepet fagutvikling dekker en rekke ulike aktiviteter. Generelt ser det ut til at disse aktivitetene i stor grad tar utgangspunkt i konkrete problemstillinger i sykehjemshverdagen. I flere av prosjektene er refleksjonsgrupper tatt i bruk som metode. Enkelte emner går igjen flere steder, noe som trolig kan

knyttet til de kravene sykehjemmene møter gjennom kvalitetsforskriften m.v. Eksempler på slike temaer er tann- og munnhygiene og samarbeid med pårørende.

Den generelle tilbakemeldingen fra prosjektene er at prosjektene har skapt stort engasjement blant de ansatte. Det gis flere eksempler på at fagutvikling har ført til endret praksis og rutiner. Samtidig opplever mange et reelt dilemma mellom å delta i arbeid som ivaretar beboernes behov for omsorg «her og nå», og deltakelse i fagutvikling som kan bedre tjenestekvaliteten på sikt. Igjen er det mangelen på tid og personell som skaper problemer i forhold til gjennomføringen.

Forskning

I henhold til den nasjonale planen for USP skulle forskningsinnsatsen ved hvert undervisningssykehjem prioriteres ut fra behovene og ressursene ved de utvalgte sykehjemmene, lokale interesser og mulighetene ved universitets- og høyskolemiljøene. I den første fasen av prosjektet besto forskningsaktivitetene i stor grad av hovedoppgaver i tilknytning til kartlegging av kompetansebehov i sykehjemmene. Forskningsaktiviteten har vært større i USP Oslo enn i de andre prosjektene. Det generelle inntrykket fra evalueringen er at forskningsaktiviteten nå i stor grad blir ivaretatt av den nasjonale prosjektledelsen. Det er utarbeidet et notat om hva som skal være satsningsområder for forskning i det nasjonale prosjektet, og man har blant annet søkt Norges forskningsråd om midler til et prosjekt som vil involvere flere av sykehjemmene.

På forskningsområdet er det behov for koordinering for å samle ressursinnsatsen og hindre dobbeltarbeid. Det er derfor trolig hensiktsmessig at den nasjonale prosjektledelsen tar et samlet ansvar for forskningsaktiviteten i USP. Samtidig er det viktig å sikre at resultater fra forskningen formidles og spres til de øvrige prosjektene. Her vil det være behov for etablering av felles arenaer. Eksempelvis var det flere deltakere på evalueringskonferansen som etterlyste faglige USP-konferanser med deltakelse fra både teori- og praksisfelt.

Spredning og konsolidering

Etableringen av et mindre antall undervisningssykehjem vil i seg selv ha begrenset effekt på eldreomsorgen sett under ett. Dette blir også understreket i den nasjonale planen, der ett av kapitlene er viet etableringen av spredningsmodeller og nettverk for kompetanseutvikling og forskningsarbeid. På evalueringskonferansen var dette et sentralt tema. Flere av deltakerne ga uttrykk for at Undervisningssykehjemsprosjektet ikke har livets rett dersom man ikke lykkes med å realisere spredningstanken. Samtidig fremgikk det at aktørene ut fra sine respektive ståsteder legger vekt på ulike sider og behov når de snakker om betydningen av nettverk og spredning. Dette understreker behovet for en diskusjon og avklaring, både i forhold til innhold og målgrupper. Sentrale spørsmål er hva som skal spres, hvem det skal spres til, og hvordan det skal spres. Det var enighet om at undervisningssykehjemmene må ha en viktig rolle som regionale kompetansesentre. Det var derimot ulike oppfatninger om hvordan denne oppgaven skulle defineres og ivare-

tas, og det ble også reist innvendinger mot å bruke begrepet regionale kompetansesentre i denne sammenhengen.

Om målene i USP skal kunne realiseres på nasjonalt nivå, må det etableres mekanismer som sikrer overføring av kunnskap fra det enkelte prosjekt til andre sykehjem og til de hjemmebaserte tjenestene i kommunen, fylket og regionen. Samtidig vil det være behov for nasjonal samordning for å sikre kunnskapsoverføring mellom regionene og unngå dobbeltarbeid.

Ideen om Undervisningssykehjemsprosjektet bygger på en forståelse av at kunnskapsutvikling foregår i *samspillet* mellom teori og praksis. Ansvar for å skape og utvikle felles læringsarenaer må derfor være et gjensidig ansvar. Flere av deltakerne på evalueringskonferansen ga uttrykk for at mye av utfordringen handler om å få aktørene i universitets- og høgskolesektoren til å anerkjenne den kunnskapen som utvikles i sykehjemmet.

Inntrykket fra konferansen var at det var bred enighet om nødvendigheten av å konsolidere prosjektene lokalt og samle erfaringer, og at det foreløpig er for tidlig å vurdere sykehjemmenes rolle som regionale kompetansesentre. Samtidig var det klare forventninger til at dette arbeidet må intensiveres i prosjektets siste fase.

Etableringen av stadig flere undervisningssykehjem kan betraktes som en form for modellspredning. Ved opprettelsen av en rekke undervisningssykehjem med ulik status (fire eller fem hovedprosjekter og et økende antall satellitter eller spredningsprosjekter) blir det også av stor betydning å avklare roller, funksjoner, ansvarforhold og rapportering i forhold til videreføringen av prosjektet. Et sentralt spørsmål er om spredningen har skjedd for raskt. Kanskje hadde det vært mer hensiktsmessig å samle ressursene om ett eller to enkeltprosjekter, i tråd med det som opprinnelig var tanken.

Pionerarbeid betyr nødvendigvis at det må være rom for å prøve og feile. I USP har mye av «feilingen» først og fremst vært knyttet til selve prosjektorganiseringen og problemer med å overføre nasjonale mål til lokale tiltak. Uklarheter har ført til ressursbruk som ikke alltid har gitt resultater. Dette har i sin tur ført til tempotap og svekket entusiasme blant deltakerne i hovedprosjektene. I den gjenværende perioden bør innsatsen trolig konsentreres om å videreutvikle og konsolidere de eksisterende prosjektene fremfor å etablere nye. Parallelt med dette blir det viktig å satse på formidling av USP-resultater på tvers av prosjektene og til pleie- og omsorgssektoren for øvrig.

I den sammenheng er det behov for etablering av felles arenaer for aktører fra universitet, høgskole og kommune/sykehjem. Hittil har det vært jevnlig møter på prosjektledernivå, men aktører i praksisfeltet har ikke deltatt på disse arenaene. På flere områder hadde aktørene trolig hatt utbytte av erfaringsutveksling. Erfaringene med studentovertakelse, forutsetninger for utvikling av gode læringsarenaer, og resultater fra fagutviklingsprosjekter kan være eksempler på aktuelle tema.

Hva skal USP være?

De fire satsningsområdene i USP er kompetanseutvikling, fagutvikling, studentundervisning og forskning. Hver for seg er ingen av disse satsningsområdene spesielle for USP. Det unike ligger i tanken om et formalisert samarbeid på tvers av kommune-, un-

dervisnings-/utdannings- og forskningssektoren. Evalueringen har imidlertid vist at det i praksis er store utfordringer knyttet til dette samarbeidet.

De ulike aktørene har ulike interesser og forventninger knyttet til prosjektet. Gitt prosjektets begrensede rammer, er det viktig å komme frem til en felles forståelse av hva prosjektet skal være og hvilke resultater det er realistisk å forvente. Det gjelder på nasjonalt nivå, men også i stor grad innenfor det enkelte lokale undervisningssykehjemsprosjekt. Dette forutsetter imidlertid at man inngår forpliktende avtaler mellom prosjektet og de ulike samarbeidspartene. Her bør det fremgå klart hva de ulike aktørene bidrar med av ressurser inn i prosjektet, og hva man forventer å få igjen.

Målene for Undervisningssykehjemsprosjektet er ambisiøse, og vanskelige å omsette til hverdagen i eldreomsorgen. Et hovedinntrykk som sitter igjen etter evalueringskonferansen, er at målforståelsen hos de ulike aktørene er uklar. Forsamlingen hadde mange ønsker knyttet til tiltakene som er gjennomgått i teksten over og til effektene av disse. Men da de mer «eksistensielle» spørsmålene for USP ble diskutert, forlot man nåtidsbeskrivelser og gikk over til mulige fremtidsbilder. Hva vil vi med USP? Hva skal USP være i fremtiden? Dette er spørsmål som krever en avklaring, men som ligger utenfor evalueringens mandat.

Kapittel 4 Kunnskapsdialoger

I dette kapitlet rettes oppmerksomheten mot hvordan og i hvilken grad Undervisningssykehjemsprosjektet har utviklet en dialogbasert kunnskapsutvikling mellom universitet, høyskole, videregående skole og praksisfelt. Dette kapitlet er basert på intervjuer med 68 informanter knyttet til delprosjektene som er beskrevet i kapittel 3. Søkelyset er rettet mot:

- Hvilke former for dialoger og samarbeid som har funnet sted
- Hvem har dialog
- Hva har man dialoger om
- Når og hvor finner disse dialogene sted
- Hvilken funksjon har de ulike dialogene
- Hva slags kunnskapsutvikling dette er et eksempel på
- Hvilke forutsetninger må ligge til grunn for at dette skal kunne fungere som varige ordninger

Det har vært et ønske fra oppdragsgiver at intervjuene skulle gi innsikt i erfaringer med Undervisningssykehjemsprosjektet fra et individuelt ståsted, i hverdagen på de ulike institusjonene, i de ulike kommunenes helseadministrasjon og i utdanningsinstitusjonene. Ut fra rammen for denne delen av evalueringen er hovedvekten lagt på erfaringene i sykehjemmene og i kommuneadministrasjonene. I henhold til prosjektet er møter mellom enkeltmennesker en sentral realiseringsarena. Det er derfor interessant å få fatt i de ulike erfaringer og vurderinger av prosjektet, slik det arter seg i praksisfeltets hverdagsliv. Individperspektivet på prosjektet medfører begrensninger i forhold til å kunne beskrive helheten. Den enkelte vil nødvendigvis mangle den systemforståelsen som de ansvarlige øverst i beslutningshierarkiet har på prosjektet. Dette får store konsekvenser for de synspunktene som kommer frem i dette kapitlet. En av informantene påpekte dette. Hun hadde sittet og lest sykehjemmets egen midtevaluering rett før intervjuet, og sa at «...jeg ser det har skjedd mye som jeg ikke har hatt anelse om». Søkelyset på innenfra-perspektivet blir også bestemmende for hva som anses som interessante kunnskapsdialoger i denne delen av evalueringen. Som en konsekvens av dette innenfra-perspektivet fremstår mange av kunnskapsdialogene som beskrives her mindre ambisiøse, mer utprøvende og utviklende enn kunnskapsproduserende. På den andre siden er det fullt mulig at det som foregår av kunnskapsdialoger i det lille, utprøvende formatet, kan få konsekvenser som kan være viktige for kunnskapsproduksjonen i prosjektet. Utprøving av ulike former for kunnskapsdialoger og samarbeidsformer, av metoder og

organisasjonsmodeller, kan på denne bakgrunn være et like viktig resultat av prosjektet som de mer konkrete målene som bedret rekruttering, minsket turnover, etc.

De fire kategoriene kunnskapsdialoger som blir diskutert er:

- Kunnskapsdialoger innenfor sykehjemmene
- Kunnskapsdialoger mellom sykehjemmene og andre innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene
- Kunnskapsdialoger mellom sykehjem, universiteter, høyskoler og andre
- Kunnskapsdialoger mellom det nasjonale prosjektet, sykehjem, universiteter, høyskoler og andre

For å sikre anonymiteten til informantene er det i dette kapitlet gjort bruk av konstruksjoner av typiske eksempler på kunnskapsdialoger ut fra flere forskjellige intervjuer. Eksemplene har derfor ikke en direkte referanse som kan tilbakeføres til institusjon eller til enkeltindivider. Med utgangspunkt i informasjon fra 68 informanter kan det allikevel hevdes å være representativt for de ulike perspektivene som blir belyst.

Kunnskapsdialoger innenfor sykehjemmene

Det foregår daglig dialoger mellom pleieassistenter, hjelpepleiere og sykepleiere i en avdeling. I sykehjemmene foregår dialoger på tvers av ulike faggrupper i institusjonen, mellom ledelse og grunnplan etc. Innenfor Undervisningssykehjemsprosjektet omhandler disse dialogene både tjenestenes kvalitet og utvikling av organisasjonskulturen.

Møtested som grunnlag for dialog

Det mest slående for en utenforstående som møter den enkelte ansatte i sykehjemmene, er øyeblikksorienteringen. I intervjusituasjonene var det mange som ikke husket hvordan ulike arbeidsoppgaver var organisert før Undervisningssykehjemsprosjektet kom inn i sykehjemmet, eller de hadde vansker med å tidfeste forskjellige deler av et prosjekt. Hverdagen preges av at ting går i ett for de som jobber i sykehjemmene. Når man skal velge mellom å avsette tid til å hente inn ny kunnskap, reflektere og diskutere, eller å være «nær sengen» og beboeren, så fortoner prioriteringen seg enkel: «Dette handler om liv og død – det kan vi ikke abstrahere oss bort fra». Tidsbruk, prioriteringer, organisering, ansvar og myndighet er sentrale stikkord for valgene som må gjøres i sykehjems-hverdagen. Rutiner og arbeidsformer er betinget av samarbeid mellom ulike yrkesgrupper og oppgaver, og i organiseringen oppstår det rutinekjeder. Det kan se ut som om dette blant annet skyldes at mange har arbeids- og ansvarsområder som foregår parallelt. Dette kan ha sammenheng med det som betegnes som flaskehalser innenfor helseinstitusjonene (Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998–2001). Dette fører til tidspress. Undervisningssykehjemsprosjektet og handlingsplanene ser tidspress som en årsak til opplevelsen av stress hos personalet og beboerne, med det resultat at tjeneste-

kvaliteten og trivselen på arbeidsplassen er lav, og at dette får konsekvenser for beboernes livskvalitet.

Rutinekjeder – erfart tvang – reflektert mulighet?

I flere av sykehjemmene har personalet fått generelle kompetanshelevende kurs om ulike tema. Dette har dannet grunnlag for ulike faggrupper, refleksjonsgrupper, fokusgrupper e.l. som møtes ukentlig på avdelingene. I intervjuene er det mange som fremhever morgenstellet som et eksempel på et tema som de har diskutert. Dette er en periode av dagen som for mange fortøner seg som en maraton for å bli tidsnok ferdig:

- I forhold til kjøkkenet, som har sine tider for levering av mat betinget av bl.a. krav til rengjøring, levering av varer – utkjøring av middag i hjemmetjenesten osv.
- I forhold til avtaler med fysioterapeut, ergoterapeut, aktivitør eller andre
- Til legevisitten
- Til underholdning i fellesområder
- Til transport som venter
- osv.

Det er i relasjon til slike rutinekjeder at endringsbehovene føles sterkest av de som jobber «nær sengen». Flere av de intervjuede knytter rutinetvangen til at sykehjemmene er tradisjonelle og rigide organisasjoner etter modell fra sykehusene slik de var 30 år tilbake eller mer. Det er etter deres erfaring svært vanskelig å endre slike tradisjoner.

Dilemma: felles måltid eller ro?

På en avdeling har de diskutert hvordan de skal forholde seg til dilemmaet om å organisere morgenstellet ut fra et mål om fellesskap rundt frokostmåltidet, fordi dette ses som et bidrag til økt livskvalitet for beboerne, men som samtidig fører til stressede pleiere og beboere. Etter diskusjoner er man blitt enige om å prøve en ordning hvor man differensierer mer. Det er laget en plan for at beboerne noen dager i uken kan få mer tid rundt stellet. Hvem som får dette avhenger av den enkeltes behov og hvilke planer beboeren og avdelingen har. På denne måten blir det mindre grupper som spiser samtidig, og mer ro både for pleiere og beboere.

Mangel på tid og personale fører til at normen om måltidsfellesskap må settes opp mot individuelle behov hos beboerne. Gjennom diskusjon har de funnet realiserbare løsninger på dilemmaene slike situasjoner er preget av. Forslagene til endring har kommet fordi man har fått anledning til å se sammenhengen mellom kvaliteten på tjenestene, organisasjonskulturen og egne ønsker og behov. Personalet har fått anledning til å ta et skritt til side, etablere en møteplass der de har kunnet reflektere, diskutere seg frem til løsninger og utprøve tiltak. Når personalet har fått tid og rom for diskusjon om hvordan rutinetvangen påvirker arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten, har de oppdaget at de har et

felles ønske om endring og forbedring. Mange fremhever at det er viktig å ha en utenfra til å lede slike dialoger. «Da blir det ikke så lett etter-rapporten-prat».

Dette er et eksempel på en type kunnskapsdialoger hvor forutsetningen primært er at personalet har fått en møteplass for å diskutere. Mange av de som har prøvd denne arbeidsformen gir uttrykk for stor entusiasme. De vektlegger betydningen av at de har fått hjelp av fagutviklingskonsulent, ledelse eller prosjektleder til å diskutere og finne handlingsmuligheter. Disse utprøvingene har ifølge personalet bidratt til å bedre beboernes livskvalitet, og kvaliteten i arbeidsdagen for personalet. Men det har også kommet frem frustrasjoner i intervjuene over at slike rutinekjeder generelt er vanskelige å endre. En pleieassistent sier at hun «føler at vi bruker mye tid til stell og vasking, og lite tid til andre ting.» Hun er overbevist om at det er mulig å omprioritere og endre rutiner. Problemet er at rutinekjedene omfatter mange nivåer og aktører i organisasjonen, og at makt og myndighet i forhold til problemet som oftest sitter et annet sted enn der visjonene skapes. Mange er usikre på om prosjektet klarer å bidra med løsninger av dette mer strukturelle problemet. Et spørsmål i denne sammenhengen er om prosjektet har gode nok virkemidler til å skape slik endring.

Spesielle kurs som grunnlag for dialog

En annen type kunnskapsdialog foregår når personalet i en avdeling ut fra eget ønske får ny kunnskap om spesifikke tema. I flere sykehjem har personalet på demensavdelinger etter ønske fått kurs om symptomer og behov hos eldre demente, og om hva som skal til for å hindre uro og uønsket atferd. Begrunnelsene for å ønske seg slike kurs har vært knyttet til både tjenestekvalitet og diskusjoner om arbeidsmiljøet.

Dilemma: uro blant demente

Et trekk ved demente er at de blir urolige utover ettermiddagen, mens mye av aktiviteten på avdelingen foregår tidlig på dagen. Ut fra vanlig turnus er det for få pleiere på vakt om ettermiddagen til at de har tid til å imøtekomme behovet for den én-til-én-kommunikasjonen som man vet kan være et relevant tiltak. Et forslag i en avdeling har vært å endre vaktturnus slik at det sitter en pleier på stuen med de demente frem til kl. 20.00 om kvelden. For å få dette til må den vanlige turnusen endres, slik at noen pleiere starter senere på dagen. Dette betyr at de enten blir færre på avdelingen om formiddagen, eller at de trenger flere stillingsressurser. Ut fra et overslag om realismen i alternativ to har avdelingen valgt å prøve ut alternativ én. Det foreløpige resultatet var at beboerne var blitt roligere. Personalet mener at beboerne får bedret kvaliteten på sin hverdag, og de synes at de selv får gjort en bedre jobb, noe som øker trivselen.

Det karakteristiske med dette eksemplet er at personalgruppen er blitt enige om et kunnskapsbehov. De har fått et kurs om dette temaet, deretter har de fått anledning til diskusjoner om endringsmuligheter og å utprøve tiltak. Dette skaper en opplevelse av å ha innflytelse på egen arbeidssituasjon og et positivt engasjement i hverdagen.

Samarbeid mellom beboergruppene

I flere sykehjem er pleierne organisert i grupper som har ansvar for en gruppe beboere innenfor avdelingen. På denne måten sikres kontinuitet i en hektisk og flyktig hverdag. Disse har sin lojalitet til pleiergruppen når det gjelder ansvaret for å få arbeidet gjort. Tidligere var det slik at hver gruppe gjorde jobben sin i forhold til sine beboere, og gikk deretter til neste arbeidsoppgave. Kursene i prosjektet har endret samhandlingen mellom disse gruppene. «Vi har mer samarbeid og hjelper hverandre på tvers av beboergruppene nå. Nå hjelper vi hverandre istedenfor å lukke oss for hverandre.» De mener også at det har endret pleien, at de er blitt mer oppmerksomme på beboernes perspektiver og behov.

Små kunnskapsdialoger – viktige erfaringer

Kunnskapsdialogene som har foregått i disse eksemplene har vært om svært konkrete problemstillinger og dilemma i hverdagen, og man har funnet løsninger. Utgangspunktet har vært både generelle og mer spesielle kurs. Kunnskap er imidlertid tvetydig, og har også gjort dem mer i stand til å se hvordan hverdagen i sykehjemmet *kunne* vært både for beboere og personale. Forventningene til rask endring når man er med i et prosjekt kan lett føre til misstemning. Flere av de intervjuede opplever at det ikke skjer så mye, eller de merker ikke at Undervisningssykehjemsprosjektet har ført til endringer i deres hverdag. De er bare blitt mer oppmerksomme på gapet mellom det de ønsker og det de får til. Rutinetvang og mulighetene for å gjøre små endringer innenfor svært stramme rammer, er blitt tydeliggjort ved hjelp av prosjektet. En viktig grunn ser ut til å være systematikken som prosjektledere og fagutviklingskonsulenter har brakt med seg til møtestedene. Når dette *ikke* fungerer, blir konsekvensene at ingenting skjer. «Det er fint med kurs. Mange fikk kunnskap, men vi har ikke konkret diskutert hva vi kan gjøre på vår avdeling. Det er vanskelig å endre alene når dagene er full av det daglige». Når det ikke er noen til stede som har ansvar for å lede dialoger om faglige spørsmål, blir det til at «...det private glir inn i det profesjonelle. Istedenfor å sette seg ned og snakke faglige ting som angår jobb». Her har man ikke fått til å etablere møtesteder for personalet på en slik måte at det blir rom for å reflektere over praksis. Dermed blir ikke kunnskapen de har fått på kurs et utgangspunkt for endringsprosesser.

Å føle at man ikke strekker til, eller å vite at man gjør en jobb som kunne vært bedre, føles demotiverende og utmattende. I en undersøkelse av overgrep mot eldre i institusjoner, pekes det på at stress, arbeidspress og normer i kollegiet er viktige faktorer når slike hendelser finner sted. Tid til refleksjon synes å være et viktig virkemiddel for å bevisstgjøre personalet om deres egne holdninger, og for å få til endringer (Devik 2001). Denne sammenhengen mellom kvaliteten på tjenestene og organisasjonskultur ser ut til å være noe mange i personalet er klar over når de får utviklet en basis av felles begreper og tid til å reflektere over det. Dette kommer også til uttrykk i personalets svar i rapporten fra Baselineundersøkelsen fra Fyllingsdalen sykehjem (Hovdenes 1999). Der har personalet svart på spørsmålet om hva som er de viktigste bidrag til bedret trivsel,

livskvalitet, funksjon og helse blant sykehjemsbeboerne. De skulle prioritere mellom tre foreslåtte tiltak, og de kunne selv foreslå ett tiltak. Personalet prioriterte økt bemanning, deretter styrking av personalets kompetanse. Når de selv skulle foreslå tiltak, hadde forslagene de samme tema som de som er fremkommet i dialogene. Bedret kommunikasjon internt i institusjonen, kurs på generelle tema som etikk, holdninger, kommunikasjon med eldre, spesielle kurs, veiledning i grupper og som enkeltindivider, samt det å bli sett, var sentrale ønsker.

Disse erfaringene kan være eksempler på hvor lite som skal til for å sette i gang endringsprosesser, og at endringer kan foregå i det små, når det foregår formaliserte kunnskapsdialoger. Utvikling av felles mål, likeverdig delaktighet, felles identitet som gruppe og et avklart skille mellom hverdagspraksis og kunnskapsdialogene er viktige betingelser for kunnskapsdialoger. Det har også betydning at en nøytral veileder kommer inn og er drivkraft for endring. Her er det forsøkt å synliggjøre verdien i små kunnskapsdialogprosesser som ut fra intervjuene i denne evalueringen virker svært fruktbare for kvalitetsutviklingen i hverdagen i sykehjemmene, men som kan virke mindre betydningsfulle i forhold til ambisjonene med prosjektet. Pleieassistenten og hjelpepleieren ser disse sammenhengene. «Kursene har gitt oss mer innhold i dagen. Vi gjør ikke bare det som de andre gjør, og som alltid har vært gjort. Etter kursene tenker vi mer over hva vi gjør og endrer det vi har gjort før. Det var gammeldags her før. Det var sånn som det alltid har vært gjort. Men pasientene endrer seg, og da må vi gjøre det også.» Noen sier «Jo mer du leser, jo mer forstår du at du ikke vet – vi har glødet!» Det er i tidligere kapitler påpekt at man i sluttevalueringen bør ha som mål å få en mer helhetlig oversikt over forholdet mellom opplevd kunnskapsbehov, organiseringsformer og tiltak. Dette krever et mer kunnskapsteoretisk og pedagogisk perspektiv på prosjektet. Dette vil være nødvendig for å få kunnskap om de små kunnskapsdialogprosesser som virker svært fruktbare i prosjektet.

Kunnskapsdialog mellom sykehjemmene og andre innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene

Disse kunnskapsdialogene foregår vertikalt i hele eldreomsorgen og omfatter mange nivåer og yrkesgrupper. Ulike forståelseshorisonter preger kunnskapsdialogene som foregår mellom disse nivåene innenfor prosjektet. Prosjektet er sett på som svært viktig, men både høy endringstakt og seige tradisjoner brukes som forklaringer på at prosjektets ideer er vanskelig å realisere.

Felles oppgaver – ulike verdener?

Det nasjonale prosjektet har på et overordnet nivå målsettinger knyttet til hele sektoren. Samtidig har mange av problembeskrivelsene og tiltakene i prosjektet fokusert på det som foregår i *sykehjemmene* og i mindre grad på pleie- og omsorgssektoren i en kommune som helhet. Lederne i pleie- og omsorgsenheten i kommunen forstår derimot syke-

hjemmene som *en liten del* av en stor og krevende sektor. Flere av informantene i kommunale lederstillinger er klar over at det har vært for lite interesse for det som foregår i sykehjemmene. «Sykehjemmene er ikke så tydelig som institusjon i samfunnet i folks bevissthet», i motsetning til sykehusene, som er «en tydelig og lukket enhet med et opplagt mål», nemlig å gjøre folk friske. «Eldreomsorgen henger fast i den gamle tanken om at dette kan alle klare. «Mens man i hjemmetjenesten får synliggjort hva man faktisk gjør, er dette mer usynlig i sykehjemmene.» Dermed blir institusjonenes funksjon uklar i en større samfunnsmessig sammenheng. Det påpekes at Undervisningssykehjemsprosjektet bidrar til å synliggjøre hva som finnes av kunnskap og kompetanse i disse institusjonene.

Faglige eller strukturelle perspektiver?

Når det gjelder drift og organisasjonsutvikling er det et inntrykk fra intervjuene at kommunikasjonen mellom sykehjemsledelse og pleie- og omsorgsenheten på kommunalt nivå er profesjonell, og preget av høy grad av systemforståelse. Dette inntrykket kan være en effekt av at man i utvelgelsen av sykehjem var opptatt av de gode eksempler, både når det gjelder institusjonene og valg av bydel eller distrikt på det kommunale nivået. Men det er også en mulig effekt av at man generelt innenfor kommunal sektor for tiden er opptatt av effektivisering og økonomistyring med høy takt på omorganisering og omstrukturering. Dette kan ha ført til høy bevissthet om systemer og strukturer, og systematisk satsing på ledelseskompetanse. God ledelse er en forutsetning for læring og endring i en organisasjon. Derfor er dette et viktig skritt når det gjelder kvalitetsheving av tjenestene i en institusjon og en sektor. Det er derfor et paradoks at det kan virke som om de sykehjemmene der man har hatt mest «ro» i forhold til kommunalt nivå, har fokusert mye på lederutvikling innad. Dette kan skyldes at hyppige endringer i ledelsesstrukturen og endringskravene utenfra har krevd mye energi. En annen mulighet kan være den kommunale ledelsens manglende interesse for interne forhold i sykehjemmene, og dermed manglende kunnskap om den betydningen god ledelse i institusjonene har for kvaliteten i tjenestene. Dette har prosjektet bidratt til å synliggjøre gjennom blant annet en hovedoppgave om ledelse av sykehjem (Vinje 2000).

Kontrastene mellom prosjektets faglige perspektiv og kommunale lederes strukturelle perspektiv er åpenbar. «Det hjelper ikke med høy faglig kompetanse når man er uten arenaerfaring. Når man driver prosjektet, må man skille mellom fag og prosjektdrift. Dette prosjektet har alle forutsetninger for å kunne lykkes, men kommunal drift er komplisert.» «Å drive prosjektarbeid uten å forstå arenaen er veldig komplisert.» Det ser ut som om dette er blitt spesielt vanskelig i prosjektet fordi det fokuserer på endringsprosesser, mens andre prosjekter fokuserer på et problem. «Man kommer inn på en annens arena og må forholde seg til de reglene som gjelder der.» Disse synspunktene berører strukturelle forhold knyttet til ansvarslinjer. Et forslag til løsning på dette, som er kommet frem i intervjuene, er å dele ansvaret i prosjektet. Man skulle latt kommunen drive prosjektet og noen skulle «... ha ansvar for faglig utviklingsarbeid.» Et slikt forslag må ses i sammenheng med kommunens organisering.

Det er imidlertid et inntrykk at man i det nasjonale prosjektet har undervurdert endringstakten og kompleksiteten på kommunalt nivå, og at dette har vært energitappende

for prosjektet som helhet. Man har ikke alle steder klart å bygge tilstrekkelige allianser til kommunen. Det kan her se ut til å være forskjeller knyttet til kompetansen til de personene som skal samarbeide. Sykepleiere snakker samme språk og har felles faglige perspektiver. Påvirker ulikheter i faglige perspektiver samarbeidet mellom leger og sykepleiere? På den andre siden er de kommunale lederne enige om at prosjektet er en god måte å løfte opp og synliggjøre praksis og de ressursene som finnes der. Én sier at «prosjektet viser at det burde vært ansatt noen som jobber med prosjekt i alle sykehjem.» I denne evalueringen kan man ut fra de synspunktene som er referert, spørre om det er mulig å få til begge deler samtidig. Er Undervisningssykehjemsprosjektet et urealistisk prosjekt? Dette har ingen av informantene hevdet. Det kan være at prosjektet er nytenkende og snur opp-ned på mange tradisjonelle forestillinger og handlingsmønstre innenfor sektoren. Det tar tid å endre perspektivene hos så mange aktører samtidig, og det er ekstra utfordrende å skulle lande på en felles forståelse av de mulige, felles målene.

Nærhet og distanse

Det er tidligere nevnt at mange av målsettingene i prosjektet tar utgangspunkt i et beboerperspektiv. Etter inntrykk fra intervjuene virker det viktig å få frem synspunkter på hvordan kunnskapsdialogene mellom de nær sengen og de som bestemmer foregår. Den byråkratiske kommunikasjonen i sykehjemssektoren ser ut til å være et viktig hinder for kunnskapsdialoger. Det formelle faglige ansvaret finnes på ledernivået i sykehjemmene og i kommunen, men kvaliteten i det daglige blir lett til et personlig ansvar for den enkelte arbeidstaker. Dette er særlig synlig blant de som befinner seg nærmest beboerne i en travel hverdag. En form for kunnskapsdialog foregår i relasjonen mellom beboer, pårørende, institusjon og kommune. «Det er vi som vet hvordan de gamle egentlig har det,» sier pleieassistentene og hjelpepleierne. Dette kan lett føre til at man fører dialoger uten tydelig avklarte roller, noe som fører til utydigheter på mange nivåer i ansvarslinjene.

Personifisering av ansvar – pleieassistentens dilemma

Pårørende kan lett bruke pleierne som stedfortredere i hverdagen, for eksempel når en sønn ringer og sier at «Du som er min fars nærmeste foresatte, du kan kjøpe noen klær til jul...». Pleieren vil ut fra sin forståelse av sin rolle gjøre så godt hun kan for at beboeren skal få en verdig hverdag. Dette kan fort bli et større problem enn det rent praktiske, for når skal denne pleieassistenten få tid til å gjøre innkjøpene, og hva går det på bekostning av?

Forholdet til de pårørende er et viktig tema for mange av de intervjuede pleieassistentene og hjelpepleierne. Innenfor rammen av prosjektet har flere personalgrupper satt i gang tiltak for å forbedre informasjonen til og kommunikasjonen med de pårørende. I flere sykehjem er det å lage brosjyrer til nye pårørende et fagutviklingsprosjekt. Det er uklart om man gjennom slike tiltak får diskutert det som kan synes å være problemet med manglende tydeliggjøring og plassering av ansvar. De nærmest sengen får et ansvar for relasjonen mellom beboer og pårørende som de neppe er utdannet for å håndtere i all sin kompleksitet. Den pårørende har ofte ikke fått tydelig nok informasjon om an-

svarsforholdene som pårørende. På den annen side kan det være at hjelpepleieren ikke har nok kompetanse til å takle situasjoner der de blir tett involvert og kommer nært. Fokuseringen på omsorg og hjemlighet i eldreomsorgen kan være tvetydig på den måten at det virker utarmende på den enkelte i personalet. Sett utenfra er det slående hvordan den private omgangsform – hvordan vi omgås – blir et uttrykk for det å gjøre en god jobb. «Vi blir så glad i de gamle. Det er trist å se at de pårørende ikke bryr seg. Ofte vet de ikke hva de skal si når de kommer på besøk, og så må vi hjelpe dem.» Nærhet til beboeren kan hindre nødvendig distanse i forhold til ulike arbeidsoppgaver. Denne typen etiske problemstillinger er ikke først og fremst et holdningsproblem på individnivå, men et mer strukturelt problem som særlig ledelsen har et ansvar for. Å se dette som et informasjonsproblem som løses ved at personalet lager brosjyrer for pårørende, er bare en del av løsningen. Her er det et kunnskapsbehov som også bør løses med forskningsbasert ny kunnskap. Det kan tolkes som et uttrykk for prosjektets evne til å fange opp relevante utfordringer fra praksisfeltet når det blant annet i USP Trondheim nå pågår et forskningsbasert pårørendeprosjekt. Dette prosjektet samsvarer på mange måter med det som tidligere er beskrevet som situasjonsbetinget ny kunnskapsproduksjon.

Kompetanseheving og manglende bruk av kunnskap

Hjemmetjenesten har ansvaret for de hjemmeboende eldre og bestemmer hvem som skal få komme på rehabiliteringsopphold eller varig opphold på sykehjemmet. Men det er sykehjemmet som har ansvar for at det faglige tilbudet til beboeren er relevant i forhold til behovene hun har.

Demensteamets dilemma

Ideen med å etablere et demensteam ved sykehjemmene har vært at både demensavdeling, rehabiliteringsavdeling og hjemmetjenesten skal kunne ha nytte av kompetansen. Målet er å løse problemer før det kommer til kriser og straksløsninger for den enkelte eldre. De som er i et slikt team forteller at de opplever det som faglig spennende og utfordrende å ha en slik rolle. Problemet er at mange av beslutningene i denne omsorgs- og behandlingkjeden blir tatt i hjemmesykepleien, utenfor demensteamets ansvars- og myndighetsområde. Når et demensteam overfor hjemmesykepleien må hjelpe med å finne straksløsninger fordi en eldre ikke kan bo hjemme lenger, har ikke demensteamet fungert etter intensjonene.

Dette er et eksempel på at det er krevende å få ordninger som er etablert for å heve kvaliteten på tjenestene til å fungere når beslutningene skal skje på tvers av ansvarslinjer. Dette rammer eldreomsorgen på flere nivåer. De enkelte ansatte og deres faglige identitet og ambisjoner blir berørt. De opplever ikke at de er i en posisjon hvor de kan si at de vil bli brukt mer, og på en bedre måte. Det er lett å komme inn i negative sirkler der man ikke føler seg verdsatt ut fra den kompetansen man har skaffet seg med ekstra innsats, og dette kan gå ut over gløden i hverdagen. Men dette kan den lokale avdelingsleder, fagutviklingskonsulent eller institusjonsleder motvirke gjennom støtte og synliggjøring. Som del av et faglig tilbud innenfor en kommunal sektor blir imidlertid dette

dårlig utnyttelse av kompetanse og av noe som kunne vært en del av kvalitetssikringen av tjenestene. Dette illustrerer hvor komplekst endringsarbeidet i sektoren er.

De som slutter

Disse eksemplene på dialoger illustrerer at uavklarte roller og relasjoner, og manglende skille mellom hverdagspraksis og kunnskapsdialoger, skaper utydelighet om ansvar og myndighet i sykehjemmene. Man får derfor ikke frem en diskusjon om hvem som «eier» ulike problemer. Med økt kunnskap fører dette til at gapet mellom det ideelle og det erfarte virker stort. Ansvar personifiseres og kan bli en byrde for den enkelte arbeidstaker. Det er ikke et spørsmål om pleierens holdninger, men om kunnskap og trygghet i forhold til mål, roller og relasjoner. Ifølge intervjuene er pleieassistenter og hjelpepleiere arbeidstakere som opplever at de har liten valgmulighet når det gjelder jobber. De er ofte avhengig av å ha deltidsjobber eller jobb nær bosted for å få familieliv og omsorg for barn til å fungere i hverdagen. De må derfor løse slike dilemma i jobben, ved å gjøre så godt de kan, eller delta i endringsprosesser når det blir mulighet til dette.

Å velge seg bort fra dilemmaene

Sykepleierne har størst valgfrihet i forhold til å endre sin arbeidssituasjon når de føler for stort sprik mellom faglig kvalitet, ansvar og myndighet. Dette kommer sterkest til uttrykk hos de som har jobbet i sykehus tidligere og derfor kan gjøre sammenlikninger. For noen blir det et verdivalg å slutte i sykehjemmet fordi det er for stort gap mellom kunnskap og muligheter for realisering av et akseptabelt nivå på pleien. «Å gå hjem og være frustrert og sint annenhver dag går ikke i lengden. På et sykehus kan man i større grad bestemme den faglige kvaliteten i eget arbeid enn man kan i sykehjem. Jeg vil ikke være en del av noe jeg synes er for dårlig. Jeg vil nesten ikke si at jeg jobber i eldresektoren.»

I kommunens administrasjon ser man på sykepleiernes frihet til å velge jobber som en del av *årsaken* til problemene med å beholde sykepleierne i sektoren. Et utsagn i et intervju er at «hadde det vært et strammere arbeidsmarked, måtte de blitt i jobben og arbeidet for endringer der de er». Flere sykepleiere peker imidlertid på at man på kommunalt nivå og i ledelsen i sykehjemmene i for liten grad er i dialog med dem om hva som skal til for at jobben kan bli mer faglig basert. Flere sykepleiere mener at «man får mye informasjon når noe er bestemt, men lite innflytelse før ting skjer». Et eksempel er at en kommune har valgt å ansette egne sykepleiere som har husvakt for hele sykehjemmet natt og helg, i stedet for at sykepleierne på avdelingene gjør dette som del av sin turnus. Dette blir billigere for kommunen, og det er kanskje lettere å skaffe personale til slike vakter, men det fører til at sykepleiernes faglige trygghet blir svekket. De må allikevel ha slike husvakter av og til. Med denne ordningen blir det for sjelden til at de kan opprettholde sin kunnskap om alle beboerne på et godt nok nivå til å kunne gi riktig pleie når en krise oppstår.

Å rekruttere sykepleiere, gi dem videreutdanning og spesielle vilkår er tiltak som kan fungere kortsiktig for å beholde sykepleiere i stillinger. Men langsiktig er det mer komplekse forhold knyttet til ansvar, myndighet, kommunikasjon og synliggjøring som må

være ivaretatt. Dette behovet har sykepleierne felles med mange andre grupper i sykehjemmene. Mange yrkesgrupper i sykehjemmene føler at de ikke blir hørt, og at de har liten myndighet, men stort personlig ansvar. Samtidig virker det som om personalet har svak systemforståelse i forhold til hvordan beslutningsprosessene foregår i den øverste delen av ansvarspyramiden. Dette fører til en følelse av maktesløshet som går ut over trivsel og motivasjon. Det virker som om tiltakene på avdelingene i noen sammenhenger bidrar til å bedre trivselen betraktelig, men at det er store forskjeller innenfor samme sykehjem, og mellom sykehjemmene. Her har avdelingssykepleieren en rolle som ser ut til å ha stor betydning.

Avdelingssykepleieren – balansekunstner mellom to verdener?

Det ser ut til at avdelingssykepleieren befinner seg i en klemte posisjon mellom to svært forskjellige verdener. Trykket nedenfra i hverdagen i avdelingen, og trykket ovenfra fra ledelsen og kommunens krav, er motsetningsfylt. Hvis avdelingssykepleiere og institusjonsledere i liten grad har tatt de på grunnplanet med på diskusjoner og råd, kan avdelingsledernivået lett bli en kritisk terskel i forhold til utvikling av kunnskapsdialoger og en lærende organisasjon. I intervjuer sier hjelpepleiere og pleieassistenter, og til og med sykepleiere i avdelingene, at de er svært avhengige av avdelingssykepleierens vurderinger, spesielt når det gjelder å prioritere arbeidet med fagutviklingsprosjekter. «Hvis avdelingssykepleieren sier at en oppgave må gjøres, så må vi det.» Da må de legge fagutviklingsarbeidet til side. Avdelingssykepleierne har personalansvar for mellom 30 og 50 hel- og deltidsansatte, de sitter i ledergruppen og skal fungere som bindeleddet mellom ledelse og grunnplan.

I intervjuer sier avdelingssykepleierne at de opplever prosjektet som et svært godt bidrag til å heve kvaliteten i avdelingens daglige arbeid. I prosjektet er det mulig å avsette tid til å gjøre noe ekstra. Personalet får kurs, veiledning og kompetanseheving. Avdelingssykepleierne fremhever spesielt betydningen av at assistentene og hjelpepleierne får delta i systematiske samtalesituasjoner, og at de får veiledning i forhold til prosjekter. En sier at «det jeg har sett til nå er positivt overraskende, veldig bra. Disse refleksjonsgruppene er strukturert på en god måte slik at alle vet hva som skjer i situasjonen.» Avdelingssykepleieren vurderer det som svært viktig at noen andre kommer inn og gir veiledning. Det oppleves som en fordel at det på den måten kan bli litt avstand mellom personalansvaret og det faglige utviklingsarbeidet i avdelingen. Dette bidrar også til at avdelingssykepleieren får anledning til å reflektere over sin egen rolle og kunnskap i forhold til pleiepersonalet i avdelingen. Dette bidrar til nye innsikter, som å se hvor egen kunnskap faktisk slutter.

Å se hvor egen kunnskap slutter

En pasient sa til meg «Den pleieren, når hun steller meg, føler jeg at hun er glad i meg. Selv om hun sikkert ikke er det, så føler jeg det.» Jeg tenkte: Hva har denne pleieassistenten som skaper en slik opplevelse? Jeg fulgte med henne litt ekstra

noen dager, og fant ut at det hadde med verdier å gjøre. De som er nærmest senga ser ting vi ikke ser.

Denne avdelingssykepleieren fikk hjelp av en pasient til å se kvalitetene hos en pleieassistent. Som avdelingssykepleier hadde hun gjennom Undervisningssykehjemsprosjektet blitt klar over at hun til vanlig ikke ser denne typen kvaliteter. Men ikke alle avdelingssykepleiere opplever betydningen av prosjektet på denne måten. Noen sier at de strever med det samme som tidligere. Ansvaret for kommunikasjonen mellom ledelse og avdelingens ansatte, med pårørende og institusjon, mellom lege og pleiere, mellom andre profesjoner og pleiere og så videre faller i stor grad på avdelingssykepleieren. Hvis lederopplæring for avdelingssykepleiere mangler, vil det være avhengig av kompetanse, interesse og personlige egenskaper hvordan kommunikasjonen mellom topp og bunn i sykehjemmene faktisk fungerer.

Likeverdig delaktighet – også for ledere?

Ut fra den interaktive dialogmodellen er det mange krav til en kunnskapsdialog som blir ivarettatt i faggrupper, fokusgrupper eller refleksjonsgrupper på avdelingene. Det skilles mellom hverdagsoppgavene og kunnskapsdialogene. Det er mulighet for å veksle mellom praksis og refleksjon over praksis. Det som foregår på møtestedene gir den enkelte arbeidstaker en positiv selvfølelse i forhold til det å kunne noe. I intervjuene finnes både gode eksempler på at dette fungerer, og moteksempler som viser at det ikke fungerer. Det er vanskelig å vurdere hva som skaper og vedlikeholder hindringer og hva som er avgjørende for endring. Hva kan knyttes til systemtvang, hva kan knyttes til personlig engasjement og interesse, hva har sammenheng med den bevisstgjøringsprosessen som hele personalet blir delaktig i gjennom prosjektet, og hva har sammenheng med systematikken og etableringen av møteplasser for kunnskapsdialoger? En sykepleier på en avdeling sier at «vi har hatt kurs om holdninger til kolleger på alle nivå. Men ledelsen er ikke gode eksempler for personalet.» Det er med andre ord ikke nok at pleieassistenter, hjelpepleiere og sykepleiere får kurs om holdninger og etikk og må ta sine relasjoner til andre opp til vurdering. For å få til gode kunnskapsdialoger er det et sentralt krav om likeverd og deltakelse. Det kan generelt virke som om mange av lederne i sykehjemmene og i kommunene har et *utenfor-perspektiv* på de kunnskapsdialogene prosjektet skal generere, og at ansvaret skyves nedover til grunnplanet.

I en hovedoppgave om informasjonsflyt i sykehjem er det vist at mye informasjon ikke kommer frem, og at det finnes få formelle tilbakemeldingskanaler. Dette kan føre til umyndiggjorte arbeidstakere (Brattheim 2001). Det er et generelt inntrykk at prosjektet har skapt mer bevissthet om kommunikasjon innad i sykehjemmene, og at dette skaper positive sirkler. Ifølge en leder i et sykehjem har prosjektet bidratt til at internkommunikasjonen er blitt mer strukturert og fokusert. «Folk er blitt mer bevisste på å gå tjenestevei med klager.» Eksempelene som er brukt over viser at det kan være sammenheng mellom kunnskap, deltakelse, samarbeid og trivselen for arbeidstakerne. De intervjuede mener dette får konsekvenser for kvaliteten i tjenestene. Forholdet mellom ansvar og myndighet er lite direkte tematisert av Undervisningssykehjemsprosjektet.

Prosjektlederne og fagutviklingskonsulentene som er de som har flest dialoger med personalet på avdelingene, har fagutvikling og ikke informasjonsflyten som sitt ansvars- og myndighetsområde. Det siste er et ledelsesansvar. På tross av de profesjonelle relasjonene mellom institusjonsledelse og kommunal sektorledelse, kan det ut fra intervjuene virke som om sektoren har en byråkratisk organisasjonsstruktur med stor andel ovenfra og ned-kommunikasjon. Det er et inntrykk fra intervjuene at det fra toppen av ansvarspyramiden er lett å miste blikket for hva det innebærer at kvaliteten i eldreomsorgen måles i møtet mellom beboer og personale. Kampen om effektivitet og økonomi, både på ledelsesnivået i sykehjemmet, og i kommunen, kan bli for energikrevende. En leder i et sykehjem mener det er et dilemma at «...staten etterspør kvalitet, mens kommunene vektlegger effektivitet». En annen leder påpeker betydningen av prosjektet i denne sammenhengen: «Vi tenker annerledes nå. Før tenkte vi mer økonomi. Nå tenker vi mer helhet og fag. Vi fikk en fagutviklingskonsulent med prosjektet. Dette hadde vi ønsket lenge. Nå har vi fått systemer som vi ser gir gode muligheter for utviklingsutvikling og fagutvikling på avdelingene.»

Man er altså på vei, og som en følge av prosjektet ser man muligheter som man ikke har sett før. Behovet for å se ledelse av sykehjemmet og ledelse av prosjektet i sammenheng kan være en et resultat av dette, og en grunn til at flere sykehjem har lagt prosjektet inn under institusjonsledelsen. I sluttevalueringen vil det være mulighet for å se nærmere på hvordan dette har fungert i forhold til de problemstillingene som er tatt opp her.

Kunnskapsdialoger mellom sykehjemmene, universitet, høyskoler og andre

Det er en ambisjon i prosjektet å etablere samarbeidsrelasjoner mellom universitet og høyskoler og praksisfeltet på en slik måte at det virker utviklende for kunnskapsproduksjonen på de ulike arenaene. Universitet og høyskoler har som funksjon å utdanne og sertifisere kandidater i henhold til visse standarder som er utviklet gjennom tradisjon, systematikk, konsolidering av ny kunnskap, stabilisering av kunnskapsfeltet, etc. I denne sammenhengen er utdanningenes behov for gode praksisplasser for studentene en grunn for å etablere et tettere samarbeid enn hittil. Det er et kjent gap mellom de idealer sykepleie, helse- og medisinerutdanningene beskriver når det gjelder kvalitet, og hva som lar seg realisere i yrkeshverdagen. En helsebyråkrat sier det slik: «Nye sykepleiere får sjokk på grunn av gapet mellom utdanningen og yrket. Det er underlig at dette skjer igjen og igjen, 20 år etter at jeg tok utdanning er det de samme problemene i møtet med praksis.» Det er med andre ord ikke noe problem å finne eksempler på hindringer for endring i helsesektoren. Dette er en av grunnene til at prosjektet har lagt så stor vekt på å etablere nye samarbeidsformer. Spørsmålet er i hvilken grad prosjektet gjennom å fokusere på kunnskapsdialogene på tvers av de kjente institusjonelle og sektorielle grensene, og utprøving av modeller og tiltak, kan bidra til å overskride slike hindre.

Stabile utdanningsinstitusjoner og det flyktige praksisfeltet

Det har vist seg å være vanskelig å få til varig samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner, sykehjem og kommune. En grunn til dette er ifølge informantene at man strever med å forstå hverandres språk. I intervjuene påpeker mange ulike yrkesgrupper i sykehjemmene og kommunene i tillegg at det er svak systemforståelse ved universitet og høyskoler om praksisfeltet. Tilsvarende mener man ved universitet og høyskoler at det er svak systemforståelse ved sykehjemmene og i kommunene. Universitet og høyskoler forstår ikke flyktigheten i hverdagslivet i sykehjemmene. En helsebyråkrat i en kommune peker på at når tre personer i en avdeling er syke, faller alle planer sammen. «Det må de (studenter, lærere og forskere ved universitet og høyskoler) ha respekt for.» På den andre siden hevder universitet og høyskoler at det er for mye øyeblikksorientering og for liten forståelse for de stabile og trege strukturene innenfor utdanningsinstitusjonene. Man må ha vilje i sykehjemmene og kommunene til å planlegge på lang sikt og fullføre ting. Man kan ikke bare være handlingsrettet og gjøre ting her og nå, man må være systematisk, ha refleksjon på hva og hvordan, sjekke om tiltak fungerer, og kunne vite hvorfor. Betydningen av likeverdighet i kunnskapsdialogene krever anerkjennelse av hverandres perspektiver. Når man har så forskjellig forståelse av rammebetingelsene, vil man også ha forskjellige oppfatninger av hva som er realistisk, noe som igjen får betydning for vurderingene av i hvilken grad man har lyktes i å få til et samarbeid mellom sykehjem, universitet og høyskole.

Blikk for hverandres kunnskap?

Det er mange blikk på kvaliteten i arbeidet i sykehjemshverdagen. De profesjonsutdannede, for eksempel en sykepleier eller lege, vil bruke fagfeltets forståelse i sine vurderinger av kvaliteten i tjenestene. Samtidig er det slik at brukere, pårørende og politikere vil ha en hverdagsforståelse av det som skjer i sykehjemmene. Pleieassistenter og hjelpepleiere er, som eksemplene over har vist, på godt og vondt eksperter på det som skjer nær sengen. Leger som jobber i sykehjemmene anerkjenner betydningen av denne kompetansen. Det kan være nyttig å bli sett med andres blikk, når dette knyttes opp mot refleksjon og kunnskapsdialoger. Mange av eksemplene hittil viser dette. I noen av sykehjemmene er prosjektlederne tilknyttet en av helsefagutdanningene ved høyskolene. Disse kjenner både praksisfeltet og utdanningsinstitusjonene godt, de har en fot i hver leir og kan kanskje bidra med et tredje blikk.

Høgskolelektoren og prosjektlederens blikk

Disse prosjektlederne har fått en funksjon innad i sykehjemmene som nøytrale, eksterne veiledere og strukturerende samtalepartnere i ulike typer kunnskapsdialoger. Denne nøytrale posisjonen sammen med metodisk og didaktisk kompetanse ser ut til å være svært viktig for å få til kunnskapsdialoger i sykehjemshverdagen. De har også kunnet fungere som oversettere i dialogene mellom praksisfeltet og utdanningsinstitusjonene. Det eksisterer da en tillit fra utdanningsinstitusjonene til at studentene får relevant faglig veiledning, og tillit fra sykehjemmene og kommu-

nen til at studentene ikke blir en byrde i forhold til kravet om fleksibilitet i hverdagen.

Disse prosjektlederne, som også jobber på høyskolene, sier at «når vi begynte å telle og systematisere, så var det mye verre enn vi trodde (i sykehjemmene) selv om vi kjente det. Vi tar masse for gitt som utdanningsinstitusjon som vi ser ikke finnes her». Et eksempel på dette er manglende PC for personalet, noe som får konsekvenser når de skal gjøre fagutviklingsprosjekter eller lage brosjyrer for pårørende etc. Et annet eksempel som brukes av høyskolelektorene, er finansieringsordningene for praksisplasser for studenter. Høyskolene har sitt system som de følger, uten å sjekke hvilke konsekvenser dette får for driften i sykehjemmene. Eksemplet med høyskolelektorene viser at de i kraft av sin doble rolle kan føre en type kunnskap tilbake til høyskolene som disse utdanningene ellers ikke ville oppdaget at de manglet.

Det er viktig å påpeke at rent generelt har *alle* prosjektlederne og fagutviklingskonsulentene i prosjektet en rolle der de har et slags tredje blikk på praksishverdagen og kan fungere som oversettere i dialogene. Sykehjemmene har forskjellige ordninger når det gjelder roller og ansvar i forholdet mellom prosjektleder og fagutviklingskonsulent. Dette ser ut til å ha endret seg ettersom ulike personer har hatt disse stillingene, og er gjerne tilpasset behovene som har oppstått i sykehjemmene. Her kan det være behov for en mer systematisk evaluering i det nasjonale prosjektet for å kunne bygge på de gode eksemplene i en videreføring og spredning av modeller osv.

Når spesielt interesserte studenter velger praksis i sykehjem, kan deres blikk på hverdagen bli et positivt faglig tilskudd til praksisfeltet. En sykepleierstudent som var i praksis på en dementavdeling ble interessert i tidsbruken i avdelingen. Dette har hun skrevet en oppgave om.

Sykepleierstudentens blikk

I en skjermet dementenhet har personalet ansvar for de huslige gjøremål som tilberedning av mat (levert fra kjøkken) vask og stryking av klær, legge sammen klær, støvsuging etc. En sykepleierstudent som var spesielt interessert i sykehjem, hadde praksis på denne dementenheten. I løpet av praksistiden ble hun opptatt av hvor mye tid som faktisk gikk med til slike praktiske gjøremål hver dag. Gjennom en systematisk tidsundersøkelse fant hun ut at personalet i avdelingen på en vanlig dagvakt – på en dag med lite skittentøy – bruker 3 timer og 45 minutter til huslige sysler. Spesielt klesvask tok mye tid. Hun ville derfor prøve å omorganisere arbeidet, for å skaffe personalet mer tid til beboerne. Men håpet brast raskt da hun foretok systematiske tidsstudier. Dette er aktivitet som går på bekostning av den tiden personalet gjerne skulle brukt til kommunikasjon med demente beboere (Becher 2001).

Denne studentens arbeid og engasjement har fungert som et bidrag til avdelingens refleksjoner og dialoger rundt arbeidsoppgavene de må løse i hverdagen. I et intervju med avdelingssykepleieren ga hun uttrykk for at hennes største ønske var å ha en husmor på

dagvakt som gjorde de huslige oppgavene som å tilberede mat, vaske opp, vaske og stryke klær etc., slik at sykepleiere og hjelpepleiere kan gjøre det de er utdannet for.

Avdelingssykepleieren ønsker å kunne utforske bruken av huslige sysler i terapeutisk sammenheng med de demente fordi det er faglig interessant. Å vaske og stryke en kjole sammen med en beboer kan ha en terapeutisk funksjon for beboere. Men det vil koste «hender som trengs for å få arbeidet unna», og hittil har avdelingen ikke funnet måter å endre tidsbruken på.

Pleieassistentenes og hjelpepleiernes blikk

Pleieassistenter og hjelpepleiere har en særlig kompetanse ved at de gjerne har jobbet i mange år i sykehjemmet og kan fungere som eksperter på hverdagen i institusjonene. En avdelingssykepleier har erfart dette. Hun opplever mange ganger å være frustrert fordi hun ser beboerens behov på en helt annen måte enn den pårørende. Ofte er da en pleieassistent et godt korrektiv for henne.

Dette sier også en lege i et intervju. Etter legens mening er hjelpepleierne for lavt prioritert i sykehjemmet. «De er mine viktigste hjelpere når det gjelder å ha oversikt over hvordan beboerne har det.» En prosjektleder sier at: «hjelpepleierne gjør en utrolig jobb og de tar ansvar langt utover det som egentlig er forventet og det de ofte er betalt for. De fungerer som gruppeledere og har stort ansvar på natt og kveld. Det er ingen tvil om at deres arbeid og kompetanse burde verdsettes mye høyere».

Det er ikke så mange eksempler på kunnskapsdialoger mellom spesialister og for eksempel hjelpepleiere i prosjektet. Noen av årsakene kan ligge i forskjeller i rolleforståelse, eller i holdninger til hva personalet i et sykehjem kan, i motsetning til hva man forventer i et sykehus, hvor slikt samarbeid er mer vanlig. Generelt er det tydelig at holdningsarbeid ikke bare er noe det er behov for *nederst* i kunnskapshierarkiet i eldreomsorgen, men også blant de som har definisjonsmakt og myndighet høyere oppe. Derfor er det viktig å bli påminnet fra en prosjektleder om at manglende infrastruktur som PC og kompetanse på tekstbehandling får konsekvenser for muligheten til å synliggjøre kunnskapen som finnes i sykehjemmene», for eksempel i forbindelse med fagutviklingsprosjekter.

Skjult kunnskap

«Det blir ofte gjort mye bra arbeid som det kan være vanskelig å dokumentere. En slags skjult kunnskap fordi en er helt avhengig av for eksempel en prosjektleder/fagutviklingskonsulent eller en som har tid til å lære seg dette. Det er vel dette det egentlig handler om, det å bli sett. At noen etterspør den kunnskapen pleierne faktisk har, men som ikke alltid kommer til uttrykk gjennom vanlige medier. Mangel på utstyr, mangel på praktisk datakompetanse og fremstillingskompetanse gjør at mye av kunnskapen forblir skjult, fordi ingen vet å etterspørre den på riktig måte».

I Baseline rapporten fra Fyllingsdalen sykehjem viste det seg at det var 33 prosent av personalet som i 1999 hadde videreutdanning/spesialisering (Hovdenes 1999). Dette skulle være et godt utgangspunkt for kompetent samhandling mellom ulike aktører. En analyse av data fra kartleggingen av kompetanse i personalet fra starten av prosjektet kan i forbindelse med en sluttevaluering ha en viktig funksjon. Prosjektet bidrar da til å få synliggjort kompetansen som finnes i sykehjemmene, betydningen av formelle kompetansehevende tiltak, de mer generelle kursene, og betydningen av hvordan kunnskapen er aktivisert i prosjektperioden. En prosjektleder sier at «kartleggingsundersøkelsene kan bidra til å synliggjøre en del ting som man har hatt anelse om, men som man har manglet dokumentasjon om».

Utdanning til nye oppgaver, eller til de samme gamle?

Et dilemma som ble reist på evalueringskonferansen som ble arrangert på Vettre i januar 2002, var følgende: Skal man utdanne pleierne til å gjøre de samme oppgavene bedre, eller til å gjøre nye oppgaver? Hvem skal i så fall gjøre de gamle oppgavene? Intensjonen i Undervisningssykehjemsprosjektet er å gi generelle kurs og kompetanseheving til de som er ufaglærte eller mener de mangler kunnskap, og etter- og videreutdanning til de som ønsker dette. Eksempelene som er brukt tidligere viser at de generelle kursene gir et felles begrepsapparat og mulighet for kunnskapsdialoger i avdelingene, og at spesielle kurs gir grunnlag for fagutviklingsprosjekter og bedret tjenestekvalitet i forhold til ulike grupper beboere, eller i forhold til ulike typer oppgaver hvor man ser et forbedringspotensial.

Det er modellforskjeller mellom sykehjemmene i vektleggingen av kurs-, og etter- og videreutdanningstilbudene. Ett sted har man lagt stor vekt på generell kompetanseheving for alle og fagutviklingsprosjekter i avdelingene. En gruppe i avdelingene har i denne modellen fått ansvar for å skaffe kunnskap eller lage forslag til tiltak, og et mål er tilbakeføring til gruppen. Her er det lagt stor vekt på kollektive prosesser. Et annet sted har man lagt stor vekt på formelle kompetansehevende tilbud, basert på individuell interesse og frivillighet. I denne modellen er fagutviklingsprosjekter tildelt etter individuell søknad. Det fins flere mellomformer mellom disse modellene. Der hvor man tildeler midler på fagutviklingsprosjekter etter søknad, er det gjerne en sykepleier, ergoterapeut eller hjelpepleier som har fått midler, og veiledning er gitt av prosjektleder eller fagutviklingskonsulent. Det er vanskelig å peke på fordeler og ulemper ved disse modellene ut fra intervjuene og dokumenter. Men det resulterer i forskjellige typer erfaringer for de som er involvert.

Man må passe på å ikke miste motet

Eksempler på slike prosjekter er forsøk med lysterapi for demente beboere og erindringsprosjekt. Disse prosjektene er preget av systematikk i gjennomføringen. For eksempel ble det brukt pre- og posttest i forbindelse med lysterapiprosjektet for å kunne vurdere om beboerne fikk bedret søvnmonster. En interessant effekt av slike fagutviklingsprosjekter som dette har vist seg å være at man har lært mer

om andre sider ved beboeren som hele personalet i avdelingen har nytte av. I lysterapiprojektet fant man ut at en beboer var feilmedisinert. I erindringsprosjektet fikk personalet sett betydningen av å kommunisere med beboerne om gamle dager, og at dette krever kunnskap og planmessighet. I slike individuelle prosjekter er det erfart at «fra plan til tiltak til resultat er det mye forstyrrelser. Man må forberede seg på at det skjer mye rundt, og passe på å ikke miste motet».

Gjennom Undervisningssykehjemsprosjektet er det vist at slike individuelle fagutviklingsprosjekter lar seg gjennomføre, og at det er interesse og gjennomføringsevne i sykehjemmene når de får veiledning. Det er tidligere påpekt at det ser ut til å være en sammenheng mellom typen kompetansehevende tiltak som gjennomføres og opplevelsen av arbeidsbelastning i avdelingene. Det er imidlertid vanskelig ut fra intervjuene å kunne si noe mer presist om dette. Når man baserer kompetanseheving på frivillighet, får man de mest motiverte i personalet, og antakelig har dette betydning for evnen til å gjennomføre det. De minst motiverte vil være igjen i avdelingen når de andre er på kurs. De får antakelig bekreftet sine negative erfaringer om knapphet på personalressurser og hvor vanskelig hverdagen er i sykehjemmet. Med en individuell modell mister man muligheten til å etablere en felles begrepsmessig plattform for kunnskapsutvikling i institusjonen. Man mister også muligheten for å bygge ut den kollektive kulturen og å styrke kvalitetshevingen på organisasjonsnivået.

I en modell som fokuserer på kollektivet, har flesteparten av de ansatte i institusjonen fått et felles begrepsapparat når det gjelder kvalitet på tjenestene og organisasjonskultur. Der har ledelsen tatt styring over prosessene, samtidig som man har fokusert på det individuelle ansvaret for deltakelsen i prosessene. Begge modellene gir imidlertid grunnlag for å mene at det er rom for å utdanne personalet til å gjøre de samme oppgavene på en bedre måte, og at dette får positiv betydning når det gjelder trivsel i arbeidssituasjonen. På evalueringskonferansen ble det av en av gruppene hevdet at det gir større effekt å gi kurs til mange i institusjonene enn å sende noen få ut av institusjonene på kurs. Eksempelene over kan tyde på at det betyr noe å kunne utvikle ny kunnskap i relasjon til arbeidsmiljøet man jobber i, enten dette skjer som gruppe eller individuelt. Eksempelene fra sykehjemmenes egenevalueringer om at sykepleiere slutter etter at de har fått videreutdanning kan også peke i samme retning. Å komme tilbake fra videreutdanning og ikke få bruke den nye kunnskapen, må fortone seg som et antiklimaks. Det å være i jobben, måtte finne en plass til fagutviklingsprosjektet og ikke miste motet i prosessen, kan fortone seg som en seier. At de man skal jobbe sammen med har fått følge prosessene som har fremskaffet den nye kunnskapen, kan være positivt både for den som har gjennomført prosjektet og for den nye kunnskapens status. I hvilken grad man utdanner seg til å gjøre de samme arbeidsoppgavene bedre, eller til nye oppgaver, vil med andre ord kunne være avhengig av hvordan man erfarer betydningen av egen kunnskap i relasjon til det arbeidsmiljøet man har. Et annet perspektiv på utdanningserfaringer kan derfor føre til erfaringer som gjør at man utdanner seg bort fra sykehjemmet.

Å utdanne seg bort fra sykehjemmet

Tre sykepleierstudenter hadde praksis i et sykehjem i sitt tredje år i utdanningen. To av dem hadde tidligere jobbet som hjelpepleiere i henholdsvis 10 og 20 år. En hadde jobbet som pleieassistent i 8 år. De syntes det var en stor overgang fra å være pleieassistent og hjelpepleier til sykepleier. De merket at de lærte mye i utdanningen, og «... skjønner at kunnskap har mye å si for det man gjør i jobben». De følte at institusjonen gjerne ville ha dem i praksis for å gjøre hjelpepleierjobber. Det var vanskelig for dem å ta en sykepleierrolle, men lett å skli inn i vante roller. De gledet seg til å jobbe som sykepleiere. «Det er et morsomt yrke», men de skal *ikke* jobbe i sykehjem.

Disse erfaringene kan også ha sammenheng med et dilemma i sykehjemmene som mange påpeker i intervjuene. På grunn av mangel på personale skjer det lett at rollefordelingen mellom pleieassistenter, hjelpepleiere og sykepleiere sklir ut og blir utydelig. Ofte er det slik at en erfaren sykepleier vikarierer for styrer, hjelpepleier må vikariere for sykepleier, og pleieassistent vikarierer for hjelpepleiere. Alle sklir ut av egne roller og over i nye, ett hakk høyere opp i hierarkiet, og tilbake igjen. Overgangen blir glidende fordi man må være parat til en slik rolleendring mange ganger for å få hverdagen til å gå opp. Dette skaper utydelige skiller mellom kunnskapstyper, noe som kan skape slitasje i forhold til å tydeliggjøre og utvikle egen faglig identitet på lengre sikt. I praksisperioden erfarte de tre studentene dette klart. Andre sykepleiere har påpekt at «man trenger ikke sykepleierutdanning for de fleste av arbeidsoppgavene i sykehjemmet». På den andre siden påpeker en pleieassistent at når det er mangel på personale, så merkes det godt når de får fire studenter på en avdeling. «Da fikk vi mye mer tid til noe annet enn bare å vaske og sette dem i rullestol.» Knapphet på personalressurser fører til uavklarte roller, og dette er en trussel mot opplevelsen av å ha en individuell faglig identitet.

Utdanningen av hjelpepleiere

Sykehjemmene har valgt forskjellige modeller for deltidsutdanning for hjelpepleiere. Det er ulike modeller for organisering av denne utdanningen. Samarbeidspartnere er kommunen, videregående skole og voksenopplæring. Man har valgt forskjellige modeller for hvem som har fått tilbud om å ta slik utdanning. Noen sykehjem har gitt tilbud til ansatte i mer enn 50 prosent faste stillinger, noen har også gitt tilbud til vikarer som har vært lenge ved sykehjemmet og som loves fast stilling ved endt utdanning. Ved noen sykehjem har de som tar utdanningen fått en del av utgiftene dekket, men med bindingstid etterpå, andre steder må de dekke utdanningen selv, men står fritt til å søke jobb andre steder i etterkant.

Foreløpig ser denne hjelpepleierutdanningen, spesielt Bergensmodellen, ut til å være svært vellykket. Dette er en gruppe som har jobbet lenge i sykehjemmene og som er «moden» for kompetanseheving. De intervjuede som deltar i denne utdanningen var svært fornøyde og sier at de lærer mye om hvorfor de gjør det de har gjort i mange år som pleieassistenter. En sier at «...da jeg gikk på videregående, hadde jeg ikke vært ute i jobb før utdannelsen. Da visste jeg ikke nok om pleie. Nå har jeg knagger å henge ting

på». To ting ser ut til å være viktig for de som tar utdanningen ved siden av jobben. Det ene er opplevelsen av gruppefellesskapet om det å være i et utdanningsløp ved siden av å være i jobb. For mange er det første utdanning siden grunnskolen, og det krever motivasjon og disiplin å klare å lese på egen fritid. Fellesskap blir derfor viktig. Dette fremheves både der de har dette fellesskapet, som i Bergen hvor de er så mange at de får undervisning på sykehjemmet, og der de ikke har et slikt fellesskap, og derfor savner noen å «dele skjebne» med.

En annen viktig faktor som ser ut til å ha betydning, er praksisordningen. Det er ulike ordninger for oppfølging i praksisinstitusjonene. Noen har en ordning med veiledet praksis på arbeidstedet sitt, andre har ikke slik veiledning. Det kan ut fra intervjuene virke som om dette er av avgjørende betydning for hvordan det oppleves å ta utdanning ved siden av jobben. Der hvor de ikke får veiledning oppleves utdanningen å tilhøre privatsfæren og er noe på siden av jobben.

De som får veiledning på arbeidstedet får anledning til å reflektere over sine nyervervede kunnskaper. «Jeg merker nå at hjelpepleierne vet mer enn oss pleieassistenter. Selv om vi har sett hva de gjorde og har 'kopiert' det. Nå vet jeg hva som er begrunnelsen for ting.» Det de har gjort før har de lært gjennom opplæring i avdelingen. «Men nå ser jeg uvaner jeg har, og må avlære meg og gjøre ting litt annerledes. Det er bare småting, men viktig. Bra med veiledning i hverdagen.» Der de får veiledning i jobben oppleves fellesskap og mulighet for dialoger om den nye kunnskapen. De som gir veiledning sier at det er kjekt å være rollemodeller for de som er i utdanning. Deres jobb får en ny betydning.

Kunnskap om utdanningsprosesser blant voksne arbeidstakere

Når det gjelder utdanning og kompetanseheving er det flere eksempler på at prosjektet bidrar til utprøving av nye utdanningsmåter som ivaretar sosialisering- og praksisdelen av utdanningen i større grad enn de tradisjonelle (og mer teoretisk baserte) utdanningsformene innen videregående skole, høyskole og universitet hittil har gjort. I eksemplet med hjelpepleierutdanningene skjer det noe når det gjelder kunnskapsproduksjon som Undervisningssykehjemsprosjektet ikke har gjort noe for å skaffe systematisk kunnskap om. Fra et utdanningsteoretisk perspektiv er dette svært interessante prosesser. Det burde også være interessant for beslutningstakere i sektoren fra et endringsperspektiv. Gjennom en følgeevaluering eller et forskningsprosjekt kunne man på forskjellige måter følge dette utdanningsløpet og få innsikt i hva som kan ha betydning når det gjelder de mange forhåpningene som prosjektet knytter til denne type kompetansehevingstiltak. Veien fra hjelpepleier til sykepleier er også interessant, særlig fordi en del utsagn tyder på at disse utdanner seg *bort* fra sykehjemmene. Dette er interessant i forhold til spørsmålene om rekruttering til eldreomsorgen. At helsepersonale som kjenner sykehjemmene fra innsiden tar jobb i andre deler av sektoren, behøver ikke bare være negativt. I stedet kan man se det som positivt at de bringer med seg en innsikt til andre faglige sammenhenger. Mer generelt er dette interessant i forbindelse med kompetansereformen. Når voksne yrkesaktive arbeidstakere skal utdanne seg, hva er motivasjonsfaktorer, hva sikrer gjennomstrømningen, hva kan man påvirke gjennom tilrettelegging, hva er de individuelle

og sosiokulturelle faktorene, hvilke modeller fungerer, i hvilke sammenhenger, for hvem? Kjønnssdimensjonen i forhold til sektoren er også svært interessant. Tatt i betraktning den sterke fokuseringen på kompetanseheving og etter- og videreutdanning, ville det vært en styrke med et mer spesifikt utdanningsperspektiv i kunnskapsproduksjonen i prosjektet. Her burde det være interessant kunnskap som kan ha overføringsverdi til andre sektorer.

Kunnskapsdialog mellom det nasjonale prosjektet, sykehjemmene, universitet, høyskoler og andre

Prosjektets ambisjoner om å utprøve samarbeidsmodeller og legge til rette for kunnskapsdialoger på tvers av alle nivåer og kunnskapsområder, er krevende. Det er etablert ulike former for ekstern kontakt rundt fagutviklingsprosjekter og forskning. Som nevnt i kapittel 3 er det gjort en god del avtaler om forskjellige former for samarbeid mellom universitet, sykehjem, høyskole og i noen tilfeller kommunene. I intervjuene er det vanskelig å finne ut hvordan disse samarbeidsprosjektene har fungert. Det generelle inntrykket er at noe er realisert, men at mange av prosjektene er blitt forskjøvet av ulike grunner, noen er så vidt startet, og mange er ennå ikke avsluttet. Det er nevnt av flere at de opplever at mange ting settes i gang, men lite fullføres i prosjektet. Dette kan skyldes alle de uheldige forholdene rundt manglende stabilitet i stillingene til prosjektledere, fagutviklingskonsulenter og ledere i sykehjemmene. Kontrasten mellom de stabile strukturene i utdanningsinstitusjonene og de flyktige forholdene i sykehjemmene kan også være et sentralt hinder for kontinuiteten.

I et prosjekt som gjøres i samarbeid mellom en forsker på en høyskole og hjelpepleiere i et sykehjem, opplever pleierne at de går og venter på at forskeren skal ta kontakt når denne er ferdig med sitt arbeid, og at premissene i prosjektet blir lagt et annet sted enn i praksisfeltets hverdag. Dette gir en opplevelse av manglende oversikt og medeierskap i prosjektet. Forskning er en tidkrevende prosess, og det er vanskelig å se meningen i dette når det foregår et annet sted. «Vi må se resultater etter en rimelig tid. Ellers blir det for stor distanse.» Kontrollen befinner seg et annet sted.

Erfaringene med denne typen samarbeidsprosjekter tilsier at det er en gjensidig mangel på systemforståelse mellom de som kommer fra universitet og høyskoler og de som befinner seg i sykehjemmene. Det er også manglende møtesteder for slike dialoger. Som nevnt tidligere mener man i kommuneadministrasjonene at det nasjonale prosjektet ikke har klart å ta tilstrekkelig hensyn til kompleksiteten i sektoren. En fjerde faktor som er påpekt av en av de intervjuede, er at det er prosjekters natur at det er når de nesten er slutt man egentlig har tilstrekkelig innsikt til å kunne få realisert det som er planlagt.

Medisin eller sykepleie?

Det er i forsøkene på å få til samarbeidsrelasjonene som involverer hele spennvidden av aktører i sektoren at det blir mest synlig at tradisjonell og ny kunnskapsproduksjon er til

stede samtidig, og at det er utfordrende å håndtere de spenninger dette medfører. I denne sammenhengen er legenes perspektiv interessant. Legene er generelt lite synlige i sykehjemmene. En sykepleier sier at «Vi ser dem sjelden. Alle som er syke har behov for å møte lege. Tror det er få leger som forstår hvor mye sykdom det er på sykehjem». Legene etterlyser systemer for rapportering, for medikamenthåndtering, analyser og orden, der sykepleierne etterlyser medisinskfaglige handlinger. Legene mener at sykepleierne setter mye av premissene for deres arbeid. De mener det er sykepleierne som har ansvar for kvalitetsforskriftene, og at de har ansvar for å gi legene informasjonen de trenger for å utføre arbeidet sitt. Etter en leges mening blir de «medisinsk konsulent for sykepleierne, og har på mange måter ikke påvirkning på sykehjemskulturen. Hadde vedkommende (lege) vært der fast og deltatt i kurs og diskusjoner, så hadde det vært annerledes». Etter en av legenes mening må sykehjemmene utvikle en kultur for hva legene kan brukes til, og delta i å utvikle kulturen. Men, påpekes det, dette krever leger som identifiserer seg med eldreomsorgen.

I forhold til prosjektet gir legene sykepleiernes rolle og faglige kompetanse anerkjennelse, samtidig som det ser ut til å være en slags «hands-off»-strategi fra legenes side. Det kan virke som om legene ikke opplever seg som aktører innenfor sykehjemmene, men som gjester. De mener at «prosjektet har vist at her er mye å gjøre, og hvilke utfordringer som finnes». Samtidig blir det pekt på at det fins mange typer samarbeid med universitet, spesialistinstitusjoner etc., og at Undervisningssykehjemsprosjektet er ett av mange prosjekter i helsesektoren. En lege spør: «Hvor mange ganger skal man finne opp hjulet?» Det blir blant annet påpekt at prosjektet ikke har tatt i bruk eksisterende strukturer og samarbeidsavtaler som legene har vært med på å bygge opp i kommunene. Forholdet mellom legene, sykepleierne og sykehjemmene virker på mange måter som et «høna og egget»-problem. For hvem har ansvar for å starte den prosessen som skal føre til bedre integrering mellom disse partene på en slik måte at det blir relevant for eldreomsorgen? Antakelig er det i forhold til akkurat slike spørsmål at Undervisningssykehjemsprosjektets ideer om tverrfaglig samarbeid får illustrert relevansen. Samtidig illustrerer dette at det er utfordrende å gå på tvers av vante ansvarslinjer, og at en tilnærming på tvers krever tid.

Lederskap i prosjektet

Hvem som egentlig skal lede prosjektet har man brukt mye energi på å få avklart. I det nasjonale prosjektet har Marit Kirkevold hatt en betydelig rolle som idéskaper og drivkraft, i første del av prosjektet i samarbeid med Vidar Kårikstad. Referater fra møtene i det nasjonale prosjektet viser at det har vært grundige diskusjoner om felles problemstillinger og mer spesielle utfordringer knyttet til de enkelte sykehjemmene. Kravet om at prosjektleder i sykehjemmene skulle ha doktorgradskompetanse har ikke fungert etter intensjonene. Argumentene som brukes i sykehjemmene og kommunene er knyttet til en oppfatning om at man med høy utdanning mister blikket for hva som er «den egentlige» hverdagen i sykehjemmene. En sykehjemsleder sier at «de snakker ikke samme språk. Det tar tid å få de til å forstå». Dette kravet om nærhet til praksishverdagen kan være en begrunnelse for at det har vært ulike meninger i prosjektet om hvor prosjektsty-

ringen skulle foregå, i det nasjonale prosjektet, i kommunene eller i sykehjemmene. Uklarheter rundt prosjektledernes plass og rolle i organisasjonen i forhold til ledelsen kan være en årsak til at det har vært stor utskifting av prosjektledere og fagutviklingskonsulenter. På den andre siden har de store utskiftningene ført til at man har funnet ut hva som fungerer. Men de personlige omkostningene har ifølge de involverte vært svært store.

Flere sykehjemsledere og ledere innen kommunesektoren sier at de har opplevd et press i prosjektet om å vise resultater utad i forhold til regionene og det nasjonale prosjektet. Det kan ha vært større forventninger til endringstakten i sykehjemmene fra det nasjonale prosjektet sin side enn det man har ment var realistisk i sykehjemmene. Flere sykehjemsledere peker på at det viktigste er å få til en god organisasjon innad i sykehjemmene og i forholdet til øvrig kommunal sektor. Uten dette på plass kan man ikke drive utvikling og endring.

Kommunikasjonen mellom det nasjonale prosjektet og sykehjemslederne ser ut til å ha gått via prosjektledere og i styringsgruppemøter der nasjonal leder har deltatt. Sykehjemslederne har for eksempel knapt møttes formelt før evalueringskonferansen. Ved noen sykehjem har man fokusert på utvikling av lederskapet. Det er også skrevet en hovedoppgave om behovet for profesjonell ledelse i sykehjem. Der fremholdes ledelse som sentralt i lærende organisasjoner. Det konkluderes med at en lærende organisasjon må ha profesjonelt lederskap for å kunne håndtere de usikre prosesser som kunnskapsutvikling er preget av (Vinje 2000). Denne innsikten er etter hvert oversatt til det nasjonale prosjektets egen organisasjon. Man har innsett betydningen av å arbeide med utvikling av lederskap. Det kan være at en del av prosessene med å finne egnede organisasjonsformer hadde vært mindre smertefulle for en del hvis sykehjemslederne hadde vært mer involvert i kunnskapsdialogene i det nasjonale prosjektet fra starten.

Fagutvikling og forskning

Det er i det foregående nevnt en del pågående forskningsprosjekter, og en del som burde ha interesse i forhold til hensikten med prosjektet. Det er gjort en del hovedoppgaver innenfor sykepleievitenskap ved flere sykehjem. En del av hovedoppgavene er knyttet til prosjektets planer i forhold til evaluering og synliggjøring av endringer i sykehjemmene før og etter prosjektets tiltak. Det er for eksempel gjort flere prosjekter om kompetansekartlegging og kompetansebehov blant sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter. Det er også gjort et prosjekt som kartlegger beboernes opplevelse av selvbestemmelse og tilfredshet i sykehjemmene, et prosjekt om sykepleieres tanker og erfaringer knyttet til rekruttering, og mer teoretiske studier av hva som er kriterier for god kvalitet i gode relasjoner i sykehjem, og om ledelse i lærende organisasjoner (Brattheim 2001, Tønsberg og Flaatten 1999). Disse kan ifølge en prosjektleder ha en viktig funksjon fordi de systematiserer en del av det «vi vet, men som ikke er dokumentert». I strategisk plan for forskning innenfor prosjektet fra 2001 ønsker man å utforme og prøve ut kliniske tilnærminingsmåter og intervensjoner som kan bidra til kvalitetsforbedring i eldreomsorgen. Man har med andre ord et beboernært og praksisnært perspektiv i forskningen, men den er foreløpig i stor grad basert i sykepleievitenskapen. Dette kan være en grunn til at

forskningsbidragene som er gjort hittil i prosjektet i mindre grad enn man kunne forventet fokuserer på endringsprosessene som er satt i gang, på læringsprosesser, på relasjonene, på organisasjonsutvikling, kommunikasjonsveier og dialoger. Det nasjonale prosjektet har planer om et samarbeid om norsk aldersforskning med medisinsk forskningsmiljø, med tema som aldringens variasjoner, det aldrende samfunn og intervensjoner og tiltak i sektoren. Dette skal skje i nær kontakt med praksisfeltet. Etableringen av dette tematiske forskningsområdet er i startfasen. Det er generelt et inntrykk at det har vært tidkrevende å få i gang samarbeid om forskning på tvers av institusjoner og sektorer. Dette handler blant annet om å bryte tradisjonelle barrierer. Kunnskap er investering av ressurser, og er knyttet til definisjonsmakt. Dette krever tillit, som det tar tid å bygge opp.

Hvem skal sette ting i system?

Man kan si at prosjektet i første del har gjort mer forskning omkring det man arbeider mot å oppnå, enn omkring de prosessene som i prosjektet viser seg å skape endring. Dette er naturlig ut fra tidsperspektivene i prosjektet, og det er i planene for siste del av prosjektet beskrevet ulike prosjekter som tar for seg blant annet hva som skal til for å skape gode praksisarenaer i sykehjemmene. Som nevnt tidligere kan en manglende fokusering på selve endringsprosessenes dynamikk være et hinder for at prosjektet produserer ny kunnskap om de prosessene man trenger å vite mer om, ut fra målene om at prosjektet skal bidra til å skape modeller for endringsarbeid i sykehjem og eldreomsorgen. Det er generelt vanskelig ut fra den tilgjengelige informasjonen fra intervjuene å peke på hva som skaper og vedlikeholder hindringer, og hva som er avgjørende for endring i sykehjemmene. Det ser imidlertid ut til at ledelseskulturen både på avdelingen, i sykehjemsledelsen og i kommunen til sammen skaper positive eller negative sirkler som de enkelte sykehjemmene blir omsluttet av. Derfor blir rollen prosjektlederen og fagutviklingskonsulenten har, som nøytrale katalysatorer for endringsprosesser i sykehjemmene, så viktige. Når disse har metodisk og didaktisk kompetanse og stor nok stillingsressurs, det vil si 100 prosent stiling, kan de være fokusert på den faglige helheten i sykehjemmet, og bidra til å holde fagutvikling i sentrum. Ifølge en prosjektleder må dette være en jobb som går ut på å sette ting i system, og må være plassert i sykehjemmene store deler av tiden. Det er imidlertid et spørsmål om en person kan ivareta både de interne relasjonene og de mer eksterne, mellom universitet, høyskoler og sykehjem.

Mye tyder på at gapet mellom tolkningsrammen for det som skjer nær sengen, det som skjer i sykehjemsledelsen og i kommunal ledelse og det som skjer innen forskning og utdanning er for stort til at det kan håndteres av én og samme person. Ut fra kravene til organisering av samhandling i kunnskapsdialoger er det nødvendig med avklarte roller og relasjoner, tilrettelegging av møtesteder utenfor hverdagspraksis og at noen leder og strukturerer dialogene. Det er like viktig at forskere går ut av sin hverdagspraksis som at pleieassistenter gjør det, når hensikten er å få til kunnskapsdialoger med andre enn fagfeller. Det var mer denne typen funksjon det nasjonale prosjektet hadde planer om da det ble krevd at vedkommende som skulle ansettes i prosjektlederstillingen på sykehjemmene skulle ha kompetanse på doktorgradsnivå. Det er derfor mulig at det bør

være *to stillinger* knyttet til fagutvikling og forskning, for at man skal kunne ivareta alle behovene til endring og kunnskapsutvikling. Dette krever imidlertid at ansvar og myndighet er klarlagt, og at det er godt samarbeid mellom sykehjemsledere og fagutviklingsansvarlige. En slik fordeling av oppgaver for å «tette igjen hull» mellom de mer kjente rollene i og rundt sykehjem og eldreomsorg, er også i samsvar med anbefalinger i handlingsplan for helse- og omsorgspersonell (1998–2001). Disse stillingene kan bidra til å ivareta de små kunnskapsproduserende prosessene innad i sykehjemmene, og til å ha overblikk og se helhet og sammenhenger der det meste ser ut til å være fragmentert og ha et flyktig preg.

4.5 Konklusjoner og anbefalinger

Undervisningssykehjemsprosjektet har en tvetydighet i seg, fordi det har som mål å skape nye kunnskapsdialoger ved hjelp av gamle roller, posisjoner, institusjoner og ansvarslinjer. Siden kunnskap og makt henger så tett sammen, blir dette utfordrende. Kravene til at kunnskapsdialoger skal finne sted er utvikling av felles mål, likeverdig delaktighet, avklarte roller og relasjoner, at de som skal ha slike dialoger har utviklet en felles identitet som gruppe, og at det er et klart skille mellom hverdagspraksis og kunnskapsdialogene. Det kreves også en som har metodisk og didaktisk kompetanse til å strukturere og lede dialogene. Denne evalueringen viser at dette stemmer godt med erfaringene i Undervisningssykehjemsprosjektet. Noen hovedfunn fra analysen av kunnskapsdialoger er:

Kunnskapsdialogene innenfor sykehjemmene

Disse dialogene foregår i stor grad i avdelingene:

- Personalet i sykehjemmene er klar over at tjenestenes kvalitet og utvikling av organisasjonen må ses i sammenheng.
- Felles kurs gir et felles begrepsapparat, spesielle kurs gir redskap for endring.
- Etablering av møtesteder utenfor hverdagspraksis gir tid og rom for dialoger.
- Ønsket om å gi beboerne en god hverdag og å ha en god arbeidsplass er sentral drivkraft i kunnskapsdialoger innenfor avdelingene i sykehjemmene.

Kunnskapsdialog mellom sykehjemmene og andre innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunen

Disse dialogene foregår vertikalt i hele eldreomsorgen og omfatter mange nivåer og yrkesgrupper:

- Det er bred enighet om at prosjektet bidrar til å synliggjøre sykehjemmene og de ressursene som finnes der.

- Prosjektet påvirkes av høy endringstakt i kommunene. Det er liten gjensidig systemforståelse på de ulike arenaer, men det er store forskjeller mellom sykehjemmene og kommunene hvordan dette virker inn på samarbeidet mellom ulike nivåer og aktører.
- Rekruttering, turnover og trivsel i arbeidet kan ses i sammenheng med at personalet får stort ansvar for det nære rundt beboeren, men har liten myndighet. Personalet løser dette enten ved å «gjøre det beste», delta i endringsarbeid eller slutte. Sykepleierne har størst valgmulighet til å velge seg bort.
- Lederne øverst i ansvarspyramiden mister lett blikket for betydningen av sin egen rolle i endringsarbeid.

Kunnskapsdialoger mellom sykehjemmene, universitet, høyskoler og andre

Disse dialogene foregår som ulike former for samarbeid mellom utdannings- og forskningsinstitusjoner, kommunene og sykehjemmene:

- Det er en oppfatning at det er komplisert å få til samarbeid mellom stabile utdanningsinstitusjoner og det flyktige praksisfeltet. Man snakker forskjellig språk og forstår ikke hverandres rammevilkår.
- Der man har fått til et samarbeid skjer det nyttige dialoger som virker sammenbindende og kunnskapsutviklende. Det er eksempler på viktige dialoger mellom høyskole og sykehjem.
- Det er utprøvd ulike modeller for kompetanseheving, med ulik vekt på gruppefelleskap og individuell valgfrihet. Begge modellene viser at det er rom for å utdanne personalet til å gjøre de samme arbeidsoppgavene på bedre måter.
- Det har betydning å utvikle ny kunnskap i relasjon til arbeidsmiljøet man jobber i, fordi dette bidrar til legitimering og synliggjøring, og økt trivsel.
- Knapphet på personalressurser i sykehjemmene fører til uavklarte roller mellom sykepleiernes, hjelpepleiernes og pleieassistentenes arbeidsoppgaver. Dette er en trussel mot opplevelsen av å ha en individuell faglig identitet.
- Deltids hjelpepleierutdanning er et godt eksempel på at prosjektet bidrar til utprøving av nye utdanningsmodeller hvor sosialisering- og praksisdelen ivaretas i arbeidshverdagen. Dette bør gjøres til gjenstand for systematiske studier.

Kunnskapsdialoger mellom det nasjonale prosjektet, sykehjemmene, universitet, høyskoler og andre

Prosjektets ambisjoner om å utprøve samarbeidsmodeller mellom utdannings- og forskningsinstitusjonene, sykehjemmene, kommunene og prosjektet har tatt tid:

- Mange samarbeidsprosjekter mellom universitet, høyskoler og sykehjem er blitt for-
skjøvet av ulike grunner, er i startfasen eller ikke avsluttet. Det er generelt vanskelig å
finne ut hvordan samarbeidet har fungert.
- Det er ulike forventninger til hva et samarbeid skal omfatte og til ansvar og myndig-
hetsfordeling mellom leger og sykepleiere i forhold til prosjektet og det som foregår i
sykehjemmene.
- Det har vært krevende å finne gode løsninger på ledelse i sykehjemmene og prosjekt-
styring lokalt og nasjonalt. De nye modellene der prosjektet er lagt i linje hos lederen
av sykehjemmene, kan bringe nye erfaringer om forholdet mellom faglige og admi-
nistrative sider ved kunnskapsutviklingen.
- Når det gjelder forskning kan prosjektet gjerne fokusere mer på de prosesser som
skaper endring. Det foregår mange kartleggingsundersøkelser i prosjektet som vil
kunne bli nyttig i en evaluering, og for en videreføring av prosjektet. Disse undersø-
kelsene bidrar til å vise det mange vet, men som det ikke har vært systematisk kunn-
skap om tidligere.

Oppsummering

Denne evalueringen viser at det er stor villighet til endring i sykehjemmene og i sekto-
ren, og at mye skjer i de små prosesser som viser at endring er mulig, men at det krever
systematikk og tid. Undervisningssykehjemsprosjektet har mange prosessorienterte opp-
gaver ifølge den nasjonale prosjektledelsens notat fra 2001, se innledningen til kapitlet.
En del av disse oppgavene er i gang satt i prosjektet. Dette gjelder for eksempel å utrede
kvalifikasjonsbehov i personalet, sørge for kompetanseheving, etter- og videreutdan-
ning. Oppgavene som går ut på å utprøve modeller for organisering og bemanning som
sikrer tilfredsstillende kvalitet er beskrevet mer i kapittel 3. Å utprøve samarbeidsmodel-
ler mellom ulike institusjoner og sektorer er i gang på ulike måter. Likeså utprøving av
samarbeidsmodeller i forhold til universitet, høyskoler og andre, for eksempel angående
hjelpepleierutdanning. Å fungere som ressurscenter for regionen og å være sete for fa-
gutvikling og klinisk forskning er eksempler på de mange store prosesser som er satt i
gang, og som det er vanskelig å måle effekten av innenfor rammen av evalueringen.

Prosjektet viser betydningen av at det er personer med metodisk og didaktisk kompe-
tanse som har fagutvikling og forskning som sitt ansvarsområde og som jobber intensivt
med å sette fag og kompetanse på dagsordenen i sykehjemmene. Disse kan bidra til å
ivareta de små kunnskapsproduserende prosessene innad i sykehjemmene, og ha ansvar
for dialogene mellom ulike institusjoner og aktører eksternt. Dette bør være personer i
100 prosent stilling, som kan ha overblikk og se helhet og sammenhenger der det meste
ser ut til å være fragmentert og ha et flyktig preg. I denne sammenhengen vil det være
viktig å evaluere utprøvingen som foregår i prosjektet i 2002. De nye organisasjonsmo-
dellene angående forholdet mellom prosjekterleder, fagutviklingskonsulent, sykehjem-
met og andre som ble presentert på evalueringskonferansen, er basert på prøving og
feiling og kan bringe frem ny kunnskap om organisering av endringsarbeid i en komp-

leks sektor. Stillingsbetegnelsen fagutviklingskonsulent bør endres slik at den gjenspeiler den faglige og metodiske kompetansen som denne personen bør ha, og at dette er en faglig, og ikke en administrativ rolle. På grunnlag av intervjuene ser det ut til å være en omfattende og tidkrevende prosess å etablere et samarbeid på tvers av de ulike sektorene som til sammen har ansvaret for å sikre kvaliteten i eldreomsorgen. Når det gjelder kunnskapsdialogene er de viktigste resultatene man kan lese ut av prosjektet i denne evalueringen:

- Hvilke typer endringsprosesser som har vært ansett som relevante og nyttige.
- Hvilke metoder som er under utprøving.
- Hvilke modeller som er utviklet og utprøvd.
- Hvilke fallgruver som er blitt synlige så langt.

I intervjuene har det kommet ulike kommentarer om de prosessene som er satt i gang gjennom prosjektet. Dette vil ta 5 år, dette vil ta 20 år, – 30 år! Alle fremholder at dette er bare starten på noe som kommer til å ta lang tid. I forbindelse med en videreføring av prosjektet, er det derfor viktig å planlegge for kontinuerlige endringsprosesser istedenfor å planlegge for en utvidelse av en midlertidig tilstand. En mer systematisk gjennomgang i en sluttevaluering av de forholdene som er nevnt her, skulle kunne gi redskaper for å starte en realistisk fagutviklingsprosess i andre sykehjem. I en sluttevaluering vil man også kunne få frem eksempler på modeller for samarbeid mellom universitet, høyskoler, kommuner, sykehjem og andre.

Litteratur

- Alsterdal, L. (1999) *Det tredje øyet: Yrkesdyktighet og omsorgskunnskap*. Oslo: Kommuneforlaget
- Arbeidstilsynet (1998) *Tunge løft og bruk av tekniske hjelpemidler i sykehjem*, <http://www.arbeidstilsynet.no/pdf/aksjon98.pdf>
- Becker, Solveig O. (2001) *Tid og ressurser i eldreomsorgen*. Upublisert. Tromsø: Høgskolen i Tromsø, avd. for helsefag
- Bjørnskau, T. og R.J. Stene (1999) *Holdning til helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Fafo-rapport 300
- Bogen, Hanne (2001) «Hvilke konsekvenser har konkurranseutsetting for ansatte?» *Tidsskrift for velferdsforskning* nr. 4. 2001, s. 207–221
- Bogen, Hanne (2002) «Konkurranseutsetting av omsorg: Reduseres kvaliteten?» *Tidsskrift for samfunnsforskning*, kommer (høst 2002)
- Bogen, H. og T. Nyen (1998) *Privatisering og konkurranseutsetting i norske kommuner*. Oslo: Fafo-rapport 254

- Bogen, H. og O. Langeland (1989) *Privatisering eller fornyelse? Holdninger til velferd, byråkrati og private løsninger*. Oslo: Fafo-rapport 87
- Brattheim, Berit (2001) *Kommunikasjon i sykehjem*. Hovedoppgave. Trondheim: NTNU
- Brofoss, K.E. (1993) *Innsatsområdene som forskningspolitisk virkemiddel*. Oslo: Utredningsinstituttet for forskning og høyere utdanning. (Rapport 4/93)
- Callewaert, S. (1999) «Towards a general theory of professional knowledge and action.» *Nordisk Pedagogik*, vol.19, nr. 4, 1999, s. 209–222
- Dalin, Å. (1999) *Veier til den lærende organisasjon*, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Devik, S. (2001) «Overgrep og krenkelser i sykehjem.» *Tidsskriftet Sykepleien*, 89(20):48, 50–52. <http://www.sykepleien.no/artikler/2001/20/a03/artikel.htm>
- Freeman, Jo (1973) «The Tyranny of Structurelessness». I: Anne Koedt, red., *Radical Feminism*. New York: Quadrangle Books
- Gibbons, Michael m.fl. (1994) *The New Production of Knowledge. The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*. London: SAGE Publications
- Grepperud, G. og J.A.e. Toska (2000) *Mål, myter, marked : kritiske perspektiv på livslang læring og høgre utdanning*. Tromsø: SOFF
- Gullestad, Marianne (1989) *Kultur og hverdagsliv. På sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gullvåg Harriet (1952) *De som skal øke produksjonen*. Oslo: ISF
- Hagen, A. og S. Skule (2001) *Yrke, opplæringsbehov og interesse for etter- og videreutdanning*. Oslo: Fafo-rapport 372
- Hovdenes, G.H. (1999) *Rapport Baselineundersøkelsen 1999. Kompetanse og kompetanseutvikling*. Rapport i Undervisningssykehjemsprosjektet. Bergen: Fyllingsdalen sykehjem
- Johannessen, Aslaug (2001) *Sykepleieres tanker og erfaringer knyttet til rekrutteringsproblematikk i Norske Sykehjem*. Hovedoppgave. Universitetet i Bergen, Seksjon for sykepleievitenskap
- Jonsson, L. (2001) *Kunnskapsbildning i samverkan mellan forskning och praktik*, Ekonomiska institutionen, Linköpings universitet, Sverige
- Josefson, I. (1992) *Language and Experience*
- Karseth, B. (2000) *Sykepleierutdanning i en reformtid*. NIFU rapport 9/2000
- Kirkevold, M. og V. Kårikstad (1999) *Undervisningssykehjem. Nasjonal plan for etablering av ressursentra for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten*. 1/99. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri
- Kirkevold, Marit (2001) *Status midtveis i prosjektperioden*. Upublisert

- Kjærstad m.fl (1999) *Er penger alt? Kvalitet, organisering og effektivitet i pleie- og omsorgssektoren*. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning
- Kyvik, S., red. (1999) *Evaluering av høyskolereformen*. Sluttrapport, Oslo: Norges forskningsråd
- Larsen m.fl. (1997) *Bedriften som lærested. En gjennomgang av etter- og videreutdanning i norske bedrifter*. Oslo: Fafo-rapport 212
- Lave, J. og E. Wenger (1991) *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press
- Martinsen, K. og K. Wærness (1991) *Pleie uten omsorg?* Oslo: Pax
- Mathisen, W.C. (1994) *Universitetsforskernes problemvalg – akademisk autonomi og styring gjennom forskningsprogrammer*, Oslo: Utredningsinstituttet for forskning og høyere utdanning. (Rapport 7/94)
- Moland, Leif (2002) Evaluering av Bærum kommunes pilotprosjekt i Rykkinn
- Moland, Leif (2000) *Økt yrkesdeltakelse blant deltidsansatte i pleie- og omsorgssektoren – et bidrag for å møte etterspørselen etter arbeidskraft?* Oslo: Fafo
- Moland, Leif (1999) *Suksess og nederlag i pleie og omsorgstjenestene*. Oslo: Fafo
- Moland, Leif (1997) *Ingen grenser? Arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene*. Oslo: Fafo
- Moland, Leif (1994) *De små grå. Deltidsarbeid og ansettelsesformer i kommunene*. Oslo: Fafo
- Moland, Leif og Marit Egge (2000) *Kommunal sektor – bedre enn sitt rykte? Strategier for å rekruttere og beholde personell*. Oslo: Fafo
- Nielsen, K. og Steinar Kvale (1999) *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- NOU (1997:25) *Ny kompetanse. Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdannings politikk*
- NOU (2000:19) *Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse?*
- Nowotny, Helga, Peter Scott og Michael Gibbons (2001) *Rethinking Science – knowledge and the public in an age of uncertainty*. London: Polity Press
- Nyen, T. og E. Svensen (2002) *Lærer ved å lære andre. Lærere uten godkjent utdanning i kommunale grunnskoler*. Oslo: Fafo-rapport 376
- Ohlsson, Østen og Björn Rombach (1998) *Res pyramiderna – Om frihetsskapande hierarkier och tillplattningens slaveri*. Stockholm: Svenska Förlaget
- Olsen og Lund (1996) *Arbeidskraftreserven blant sykepleierutdannede*. Oslo: BI
- Polanyi, M. (2000) *Den tause dimensjon: En innføring i taus kunnskap*, Oslo: Spartacus
- Rogdaberg, Gudrun og Nils Martin Stølen (1999) *Tilbud og etterspørsel for ulike typer helsepersonell*. I: Økonomiske Analyser 2/1999. Oslo: Statistisk sentralbyrå

- Rødvei, Per Harald (2000) *Kampen om den kompetente arbeidskraften*. Bodø: Nordlandsforskning
- Røsseland, Anneline (2001) *Sykehjemspasienters behov for hjelp, mulighet for selvbestemmelse og tilfredshet med sykehjemmet*. Hovedoppgave. Bergen: Betanien Sykepleierhøgskole
- Schön, D.A. (1983) *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*, 1991. Aldershot: Ashgate
- SHD (1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2001*
- SHD (1997) *Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998–2001*
- SHD (1997) Rundskriv I-13/97, *Kvalitet i pleie og omsorgstjenestene*
- SHD, (1999) *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester*
- Skule, S. (1994) *From skills to organizational practice : a study of the relation between vocational education and organizational learning in the food-processing industry*. Trondheim: Institutt for organisasjons- og arbeidslivsfag, Universitetet i Trondheim, Norges tekniske høgskole
- Skule, S. og A.N. Reichborn (2000) *Lærende arbeid. En kartlegging av lærevilkår i norsk arbeidsliv*. Oslo: Fafo-rapport 333
- Slagsvold, Britt (2000) *Velferd og levekår for sterkt hjelpeavhengige tjenestebrukere*. En datadokumentasjon med kommentarer. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Rapport
- Stambøl, Lasse Sigbjørn (2000) *Regional arbeidsmarkedsmobilitet i Norge*. I: Økonomiske Analyser 4/2000
- Stortingsmelding nr. 28 (1999–2000) *Innbald og kvalitet i omsorgstjenestene*
- Stortingsmelding nr. 50 (1996–97) *Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen*
- Strand, Torodd (2001) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget
- Stølen, Nils Martin (1999) *Tilbud og etterspørsel for ulike typer arbeidskraft*. I: Økonomiske Analyser 7/1999
- Sverdrup, S. (2002) *Evalueringsfasen, design og gjennomføring*. Oslo: Fagbokforlaget
- Tønnsberg, A. og K. Flaatten (1999) *Kompetansekartlegging blant hjelpepleiere på sykehjem*. Hovedoppgave. Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap
- Vinje, Hege F. (2000) «Det ytre er et speilbilde av det indre...» *En analytisk, beskrivende og normativ studie av lederkompetanse i undervisningspsykiatri*. Hovedoppgave. Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap

Vedlegg 1

Til forskjellige adressater

Deres ref

Vår ref

Dato

97/08486/POA-mgb

.10.2001

EVALUERINGSKONFERANSE UNDERVISNINGSSYKEHJEM

Undervisningssykehjemsprosjektet er i 2002 inne i sitt siste prosjektår. Mange har store forventninger til prosjektet og venter spent på resultatene av satsningen.

Vi vet at pleie- og omsorgstjenesten er i stadig endring og det stilles store krav til kompetanseutvikling for å løse forventede oppgaver. Samtidig vet vi at tjenesten sliter både med å rekruttere og beholde personell i konkurranse med andre deler av helse- og sosialtjenesten. I denne sammenhengen er det svært viktig å satse på forskning og utvikling for å få fram gode modeller for kompetanseutvikling for å heve kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten.

For departementet er Undervisningssykehjemsprosjektet en stor satsning. Det er derfor viktig at prosjektet får en ekstern evaluering. Evaluering skal gi et grunnlag for å si noe om hva som er prosjektets styrke og svakheter, gi innspill til eventuelle endringer og videre drift.

Forskningsinstituttene Forskningsstiftelsen Fafo og NIFU (Norsk institutt for studier av forskning og utdanning) skal samarbeide om den eksterne evalueringen. Arbeidsdelingen mellom forskningsinstituttene er grovt skissert følgende:

Fafo foretar en forstudie med gjennomgang av den dokumentasjon prosjektet hittil har produsert. NIFU foretar oppfølging og etterarbeid av forstudie.

Fafo og NIFU samarbeide om en evalueringskonferanse.

Departementet har lagt stor vekt på evalueringskonferanse hvor berørte parter i prosjektet og miljøer som er viktig for utdanning, forskning og utvikling av fremtidens pleie- og omsorgstjeneste, skal medvirke for å gi råd om den fremtidige strategi. Ca femti personlig utvalgte deltakere vil bli invitert.

Vi antar at mange av de ønskede deltakerne er svært opptatte personer og varsler derfor allerede nå slik at tidspunktet kan reserveres.

Evalueringskonferansen er datofestet til 09.01 – 10.01.2002 fra lunsj til lunsj (inkludert overnatting). Alle utgifter vil bli dekket.

Program for konferansen vil foreligge i begynnelsen av desember. Deltakerne vil få tilsendt nødvendig materiell som forberedelse til evalueringskonferansen ca 1 januar. Det må påregnes utstrakt bruk av gruppearbeid og plenumsdiskusjoner.

For å få oversikt over deltakerne ønsker vi en snarlig tilbakemelding på vår henvendelse. Institutt for sykepleiervitenskap står for den praktiske tilrettelegging av konferansen og bekreftelsen på denne henvendelsen skal gis til

Liv Utne

Tlf.: 22 84 46 20

Faks: 22 85 05 70

e-post: isvh@ulrik.uio.no

Fristen for bekreftelse er: 10 november

Stedet for konferansen vil være i nærhet av Oslo. Det er ordnet med rabatter på tog og fly, bestillingene må da skje gjennom departementets reisebyrå. Nærmere informasjon om disse sakene vil komme etter påmeldingsfristens utløp.

Vi håper på en positiv respons på vår henvendelse.

Med hilsen

Christian Kielland e.f.
avdelingsdirektør

Ellen Elster
underdirektør

Vedlegg 2 Evalueringskonferanse undervisnings- sykehjem, Vetre 9-10/1-02

PROGRAM

Kl.	Aktivitet første dag	Hovedaktør
11:00	Registrering, kaffe	
11:30	Åpning	Marit Blom, Leif Moland
11:40	Ideen bak U-sykehjemmet	Marit Kirkevold
12:10	Presentasjon av de lokale US-prosjektene	Fire-seks deltakere
13:00	Lunsj	
14:00	Mål, tiltak og foreløpige resultater Inntrykk basert på skriftlig dokumentasjon fra U-sykehjemmene	Anna Hagen
14:40	Pause	
14:50	Dialog/ samarbeid mellom fagmiljøene og praksis- feltet. Eksempler fra hverdagslivet i U-sykehjemmene.	Jorunn S. Borgen
15:40	Pause med kaffe og te	
16:00	Gruppearbeid Erfaringer fra utviklingsarbeidet	
17:00	Plenum Tilbakemelding og innspill fra gruppene, diskusjon	
20:00	Fellesmiddag	

Kl.	Aktivitet andre dag	Hovedaktør
08:45	Refleksjoner og tilbakeblikk på dag en	2 deltakere
09:00	Utfordringer for og til U-sykehjemmene	Leif Moland (oppsatt foredrag gikk ut til fordel for utvidet plenumsdiskusjon)
09:30	Plenumsdiskusjon	
10:00	Pause med kaffe, utsjekking	
10:30	Plenumsdiskusjon forts.	
11:20	U-sykehjemmene: visjon og virkelighet	Marit Kirkevold (oppsatt foredrag gikk ut til fordel for utvidet plenumsdiskusjon)
11:40	Avslutning	Christian Kielland, SHD
12:00	Lunsj	

Vedlegg 3 Deltakerliste

Gruppeinndeling

Vette, 9-10 januar - 02

Navn

Representerer

Margrethe Hestetun
Anne Vinsnes
Ann Elina Ludvigsen
Margrethe Hågensen
Torild Olufsen
Britt Slagsvold
Cis Brøvik Pedersen

Prosjektleder
Prosjektleder
Styringsgruppen
Styringsgruppen
Norsk Kommuneforbund
NOVA
S og H -direktoratet, Avd. sos- og helsepers

USP-Oslo
USP-Trondheim
USP-Tromsø
USP-Bergen
Sentral repr
USP-rådgivning

Berit Hovland
Wenche Frogn Sellæg
Eva T. Olsen
Hans Aaraas
Gerd Pedersen
Tone Mekki
Berit R. Hanestad
Christian B. Kielland

Styringsgruppe
Namdal
Styrer på Kroken sykehjem
Kommune
Norsk sykepleierforbund
Høgskolen i Bergen
Universitetet i Bergen
Sos-dep. Pleie- og omsorgsavdelingen

USP-Oslo
USP-Trondheim
USP-Tromsø
USP-Bergen
Lokal repr
USP-rådgivning

Mari Anne Lundberg

S og H -direktoratet, Avd. sos- og helsepers

Anne Hestdalen
Anne Lise Næssesether
Åshild Gjellestad
Anne Løvstad
Sigrunn Øygarden
Gundersen
Øyvind Kirkevold

Oslo Kommune
Trondheim kommune
Leder
Norsk sykepleierforbund
Høgskolen i Telemark
Nasj.kompsenter for aldersdemens

USP-Oslo
USP-Trondheim
USP-Bergen
Lokal repr

Greetje Refvem
Birgit Reisch
Berit Bongo
Sonny Hellem
Randi Grasmø

Styrer på Tåsenhjemmet
Omsorgsleder
Styringsgruppen
Norsk sykepleierforbund
Norsk Helse og sosialforbund

USP-Oslo
USP-Trondheim
USP-Karasjok
Sentral repr
Lokal repr

Espen H. Aspnes	SINTEF	
Ivar Walle	KUF, Universitets- og høgskoleavdelingen	
Kari Marie Gundersen	Gjøvik: Prosjektleder	USP-Oslo
Toril Agnete Larsen	Prosjektleder	USP-Tromsø
Kristine Grønmo	Kommune	USP-Karasjok
Siri Bøgh	Norsk Helse- og sosialforbund	Sentral repr
Sigrid Skjærvold	Høgskolen i Sør-Trøndelag	
Otto Christian Rø	S og H -direktoratet, Avd. sos- og helsepers	
Ivar Horsfjord	KUF, Universitets- og høgskoleavdelingen	
<i>Trond Egil Hansen</i>	<i>Norsk lægeforening</i>	<i>Lokal repr</i>
Svein Olav Persen	Pleie- og oppvekstsjef	USP-Karasjok
Anne-Britt Sandven	Norsk Helse og sosialforbund	
Maanum		Lokal repr
<i>Sissel Glomseth</i>	<i>Gjøvik kommune</i>	<i>USP-Oslo</i>
Liv-Berit Knudsen	Prosjektleder	USP-Tromsø
Siri Hovde	Styrer på Fyllingsdalen sykehjem	USP-Bergen
Jorunn Fryjordet	Norsk lægeforening	Sentral repr
Knut Laake	Universitetet i Oslo	
Stine Margrethe Jacobsen	S og H -direktoratet, Avd. sos- og helsepers	

Står navnet ditt i kursiv har du vunnet i lotteriet om å få være gruppas sekretær

Vedlegg 4

GRUPPEARBEID

USP - Vetre, 9-10/1

Forslag til temaer som kan trekkes inn i gruppearbeidet. Dere velger fritt om dere vil benytte strekpunktene eller ikke. Gruppe 1 har hovedansvar for tema 1, gruppe 2 for tema 2 osv. Det er selvsagt full anledning til å se på de andre spørsmålene i tillegg ..

ALLE gruppene:

- beskriv de lokale prosjektenes hovedmål, slik dere selv vil definere dette
- beskriv den viktigste positive erfaringen / det beste tiltaket så langt
- beskriv en vanskelig situasjon som prosjektet kunne vært foruten

1. Har USP hatt noen betydning for rekruttering, turnover og sykefravær?

- Økt status via økt faglig virksomhet og gode fagmiljøer er et av målene for U-sykehjemsprosjektet. I hvilken grad er dette nådd? Hvordan? / Hvorfor ikke?
- Har U-sykehjemmene oppnådd umiddelbare rekrutteringsgevinster ved å fremstå som attraktive arbeidsplasser?
- Har det faglige opplegget ved U-sykehjemmene bidratt til å redusere p-gjennomtrekken? Har man klart å holde på eventuelle nyrekruttede? Hva med de erfarne yrkesutøverne?
- Hva med sykefraværet?

2. Hvilken type kompetanse har sykehjemmene lagt vekt på å utvikle hittil i prosjektene?

- hvilke læringsarenaer er tatt i bruk?
- har man lagt vekt på kompetanseutvikling for noen/alle personellgrupper?
- er det individuell eller organisatorisk kompetanse? individuelle / kollektive løp?
- har høyskolen kommet til sykehjemmet eller har de ansatte kommet til høyskolen?
- videreutdanning, grunnopplæring, fri kompetanseutvikling?
- Berører USP forholdet til sykehusene?

3. Har sykehjemmene utviklet faglige kompetansesentre?

- for sine ansatte?
- som regionalt kompetansesenter
 - o hospiteringsplass for ansatte i regionen
 - o praksisplass for studenter under utdanning eller for forskere?
 - o praksisplass for ansatte i regionen som ledd i videreutdanning ved høyskolene
 - o lokale videreutdanningstilbud
- På hvilken måte har man forsøkt å ivareta det regionale aspektet i USPene?
- Hvordan spres gode erfaringer?

4. Hvor er ansvaret for USP forankret?

- Hvem har ansvar for framdrift, innhold, deltakere?

- Ligger dette hos prosjektleder, linjeleder, kommunen, høyskolen?
- Hvordan er ansvar og samarbeid mellom avdelingsleder, institusjonsleder, pleie- og omsorgsleder ivaretatt?
- Hvordan er ansvarsfordelingen mellom høyskole og sykehjem?
- Er prosjektene en del av den daglige driften på sykehjemmene? Hvorfor/ hvorfor ikke?
- Hvilken funksjon har styringsgruppen i prosjektene hatt?

5. U-sykehjemmets betydning for undervisningstilbudet ved høyskolene

- Er høyskolene kommet nærmere praksisfeltet? Er undervisningen mer aktuell/ relevant i forhold til reformer og praksisbehovene?
- Har høyskolene/universitetene etablert forskning ved U-sykehjemmene? Er det skrevet hovedoppgaver? Hvilke temaer?
- Har U-sykehjemmene imøtekommet utdanningsinstitusjonenes behov for praksisplasser?

6. USP - faglige nisjeprojekter og driftsbehov – Hva med praksis?

- gi eksempler på lokale prosjekter
- hvordan utnyttes nyervervet kunnskap?
- økt vekt på fagutøvelse må skje samtidig som administrative oppgaver må ivaretas. Omfordeling av oppgaver innad i pleiegruppen og i forhold til merkantile funksjoner er aktuelt. Hvor står USP i forhold til organisatoriske grep for å få ”rett person på rett plass”?
- Er eventuelle erfaringer yrkesspesifikke?
- Berører USP forholdet til sykehusene?

Vedlegg 5 Evalueringskonferanse på Vettre 9. og 10. januar 2002

Sammendrag av gruppearbeidet og plenumsdiskusjonen

1. Har USP hatt noen betydning for rekruttering, turnover og sykefravær?

- Økt status via økt faglig virksomhet og gode fagmiljøer er et av målene for U-sykehjemsprosjektet. I hvilken grad er dette nådd? Hvordan? / Hvorfor ikke?
- Har U-sykehjemmene oppnådd umiddelbare rekrutteringsgevinster ved å fremstå som attraktive arbeidsplasser?
- Har det faglige opplegget ved U-sykehjemmene bidratt til å redusere p-gjennomtrekken? Har man klart å holde på eventuelle nyrekrutterte? Hva med de erfarne yrkesutøverne?
- Hva med sykefraværet?

* * *

Sykefravær

Sykefravær påvirkes av rammebetingelser - vanskelig å si om dette skyldes prosjektene.

Ressurstilgang, ledelse, arbeidsmiljø er faktorer som er av stor betydning for sykefraværet.

Sykefraværet har de fleste stedene vært stabilt eller gått litt ned. I situasjoner der mange ved en avdeling har vært tatt ut i kompetansehevende tiltak, har dette skapt økt press på det gjenværende personalet. Dette har i sin tur vært en belastning for arbeidsmiljøet og trolig ført til økt sykefravær. Det er vanskelig å få god statistikk over sykefraværet.¹⁴

Rekruttering

Rekrutteringsbehovet er ulikt de ulike stedene - utgangspunktet er forskjellig. USP har vært brukt aktivt i annonsering - dette har gitt økt søkning og rekruttering. På Tåsen så man tydelig forskjell da man ved en feiltakelse rykket inn en "vanlig" stillingsannonse - denne ga liten søkning. Da man like etter rykket inn en USP-annonse, fikk man stor søkning.

¹⁴ Det ble fremmet ønske om å se nærmere på sykefraværstatistikken i sykehjemmene. Fafo/Nifu har ikke hatt ressurser til å følge opp dette, verken sykefraværstall eller de sykefraværshypotesene som delta-kerne kaster frem.

Bibehold

- Kompetanseheving bidrar ikke til økt rekruttering i seg selv, men i kombinasjon med nye oppgaver tror man at prosjektet kan bidra til å rekruttere og beholde arbeidskraft i sykehjemmene. Men dette er vanskelig å måle. Hvis man ikke klarer å følge opp med nye oppgaver, risikerer man at folk slutter ganske raskt.
- Kompetanseheving øker stabiliteten i personalet, men man må også sikre at personalet får arbeid som gjør at den nye kompetansen kan tas i bruk og utvikles. Men hvem skal ta over de "gamle" oppgavene til de som har fått økt kompetanse og som da får nye oppgaver?
- Det er ikke nødvendigvis snakk om å gjøre andre oppgaver, men kanskje å gjøre dem med et utvidet ansvar, for eksempel økt veiledningsansvar. Hjelpepleiere kan også gå mer aktivt inn i veiledning og opplæring i det daglige. Kanskje finner man ut at man rett og slett skal slutte å gjøre noe av det man har gjort før.
- Vi har hevet ambisjonsnivået i forhold til arbeidet. Vi har lagt stor vekt på å være så konkrete at man kan reflektere over dagligsituasjonen. Vi har jobbet med å synliggjøre kompetansen, kompetansebehovet og kompleksiteten i oppgavene. Viktig å ikke lage andre oppgaver "bort fra sengen", men i stedet yte økt kvalitet på pleien som tilsvaret det man har lært.
- Høyt sykefravær er normaltstanden. Noe av det vi har lært i løpet av perioden er å bringe kompetanseutviklingen "nærmere senga"

Effektivitet og ressurser

- Er det mulig å tenke seg at man kan jobbe med kompetanseutvikling uten økte ressurser? Kompetanseheving bidrar ikke nødvendigvis til økt effektivitet. Tvert imot kan kompetanseheving gi dårligere effektivitet på grunn av økt frustrasjon.
- Ikke alle er enige i at man ikke kan drive fagutvikling uten økte ressurser. Det må være mulig å jobbe for flere ting parallelt. Noen (hvem?) må jobbe med å definere hva som er et rimelig kvalitetsnivå.
- Det er viktig at kompetanseheving ikke bare skal dreie seg om kvalitet, må også dreie seg om arbeidsprosess. Om å gjøre riktig ting til riktig tid. Viser hvor nødvendig det er med bred kompetanse
- Kompetanseutvikling må på et eller annet vis bidra til økt effektivitet. Bredere kompetanse er for eksempel mer anvendelig kompetanse. To veier å gå for å styrke sammenhengen mellom kompetanseutvikling og satsningen på å bedre bemannings-situasjonen i sykehjemmene. Enten må sykehjemmene tilføres ansvar og nye oppgaver som oppfattes som attraktive av helsepersonell, eller så må en få de eksisterende oppgavene til å virke mer attraktive gjennom nye måter å håndtere dem på, f.eks økt tverrfaglighet, endret ansvar, ny innsikt/forståelse, økt verdsetting av oppgaver/personell osv.
- Det er viktig å ta seg tid til å la disse effektene virke - foreløpig er man ikke kommet langt nok til å konkludere. Det er først nå vi kan begynne å se virkningene

2. Hvilken type kompetanse har sykehjemmene lagt vekt på å utvikle hittil i prosjektene?

- hvilke læringsarenaer er tatt i bruk?
- har man lagt vekt på kompetanseutvikling for noen/alle personellgrupper?
- er det individuell eller organisatorisk kompetanse? individuelle / kollektive løp?
- har høyskolen kommet til sykehjemmet eller har de ansatte kommet til høyskolen?
- videreutdanning, grunnopplæring, fri kompetanseutvikling?
- Berører USP forholdet til sykehusene?

* * *

- Vi¹⁵ har fått kompetanse på flere nivåer, både på individnivå og samlet. Kompetanseutviklingen er tilpasset behovene på det enkelte sykehjem. Prosjektet har gitt mulighet til å se på både konkrete situasjoner og mer generelle ting
- USP har vært en viktig døråpner i forhold til andre institusjoner i Tromsø (universitet og høyskole). På sikt kan dette gjøre institusjonen til et bedre sted å være på. Vi har fått kontakt med helt andre miljøer enn vi har vært vant til.

I Tromsø har prosjektledelsen aldri vært ansatt i sykehjemmet. De har ikke vært en del av den daglige driften. Det har vært viktig for Kroken og veldig bra. Skjønner ikke hvordan det skal være mulig å holde fagblikket så høyt hvis prosjektet skal inngå i den daglige driften.

Hvem skal være USP i fremtiden? Mange ulike erfaringer - kanskje strekke prosjektperioden fram en tid for så å vurdere hvem som skal fortsette. Vi mener at prinsippet om et regionalt kompetansesenter er viktig.

3. Har sykehjemmene utviklet faglige kompetansesentre?

- for sine ansatte?
- som regionalt kompetansesenter
 - o hospiteringsplass for ansatte i regionen
 - o praksisplass for studenter under utdanning eller for forskere?
 - o praksisplass for ansatte i regionen som ledd i videreutdanning ved høyskole-
ne
 - o lokale videreutdanningstilbud
- På hvilken måte har man forsøkt å ivareta det regionale aspektet i USPene?
- Hvordan spres gode erfaringer?

* * *

¹⁵ Bare to av deltakerne i gruppe to har direkte erfaring med prosjektarbeidet. Det samme var tilfelle for gruppe tre.

- Hvordan definere oppgaven til regionale kompetansesentre? Et slikt senter må kunne både dele og hente inn relevant kompetanse. Må fungere som en "kunnskapsbank". Men foreløpig er det for tidlige å vurdere sykehjemmenes rolle som regionale kompetansesentre. Vi kjenner ikke til at hospitering har vært brukt i denne sammenhengen.
- Sykehjemmene har ulike utgangspunkt. Spredning av gode erfaringer en viktig form for læring. Mange ufaglærte blir hjelpepleiere. De får en hevet kompetanse og økt innsikt i det de gjør. Viktig å sørge for å beholde kompetansen og ta den i bruk. Da må vi se fra individbasert til systembasert kunnskap

Krav om ringvirkninger

- *Hvor går vi videre herfra? Viktig at dette ikke blir en innoverskuende prosess. Undervisningssykehjemmene må ta ansvaret for sykehjemmene i sin region. Overføringsverdien er av stor betydning. Dette kan ivaretas blant annet gjennom hospitering.*
- Hvem får del i kompetanseutviklingen? Det er et være eller ikke være for prosjektet at dette får en smitteeffekt.
- Hva skiller undervisningssykehjemmene fra andre sykehjem? Vi forventer at dette også kommer andre sykehjem, pasienter og beboere til gode. Prosjektet har ikke livets rett hvis vi ikke får dette til.
- Ja, det er viktig å ivareta dette. Vi i Bergen planlegger en sprednings/ nettverkskonferanse.
- Kongstanken er spredningseffekten, spredningskravet. Kanskje det viktigste er at man utvikler nye arenaer for å lære ting kontinuerlig. Men igjen: Viktig å ikke trekke for raske konklusjoner. Må konsolidere i prosjektene først.
- Første og største oppgave: Få til noe selv før man begynner å spre det.

USP: et kompetansesenter eller noe annet?

- Må Undervisningssykehjemmene være best på alt? Eller er det viktigst å vite hvor kompetansen finnes? Skal de være et kompetansesenter for kommunen? Eller for hele fylket? For helseregionen? Eller er dette å gape for høyt?
- Hva er det spesielle med undervisningssykehjemmene? Det må utvikles scenarier for hva et undervisningssykehjem skal være?
- Hva skal fokuset for USP være? Skal sykehjemmene være boliger? Vi må ikke glemme å ha fokus på helse. Det geriatrike miljøet må også ta ansvaret for kompetansen på sykehjemmene. Medisinskfaglig helse på sykehjemmene må ikke bli en "sykeplei-

ergreie". Må knyttes nærmere til sykehusene. Mange sykehjemspasienter savner den psykologiske biten.

- Hva skal vi bli gode på? Skal u-sykehjemmene være modeller som andre kan kopiere? Jfr Østlandet med 3-4 satelitter som er temmelig selvgående. Da kan u-sykehjemmene bli overflødige på sikt. Kanskje det er OK? Strukturen med noen hovedprosjekter og satellittprosjekter rundt omkring er kanskje litt rar. Det foregår jo også mye annet - uavhengig av prosjektet - som også er bra.
- Hvordan skape gode arenaer for å trekke inn ulike faggrupper? Her ligger det en stor utfordring.
- Vedlikeholdskompetanse er av stor betydning. Det er viktig at også andre lærer - det er ikke nok at 1% av sykehjemmene er innenfor denne modellen. Hva er det spesielle her? Mange driver med lignende ting. Nettverkstenkningen, samhandlingskompetansen er det spesielle i prosjektet. Men vær forsikt med å bruke begrepet kompetansesenter. Det er noe annet. Tenk nøye på begrepsbruken her. Er en arbeids- og funksjonsdelingsmodell en ønskelig modell?
- Viktig med gode dialoger. Forståelse for at man her har å gjøre med ulike målsettinger som skal forenes.

4. Hvor er ansvaret for USP forankret?

- Hvem har ansvar for framdrift, innhold, deltakere?
- Ligger dette hos prosjektleder, linjeleder, kommunen, høyskolen?
- Hvordan er ansvar og samarbeid mellom avdelingsleder, institusjonsleder, pleie- og omsorgsleder ivarettatt?
- Hvordan er ansvarsfordelingen mellom høyskole og sykehjem?
- Er prosjektene en del av den daglige driften på sykehjemmene? Hvorfor/ hvorfor ikke?
- Hvilken funksjon har styringsgruppen i prosjektene hatt?

* * *

Gruppe fire innleder med å fortelle fra USP-Trondheim som har strevd med organiseringen.

- Trondheim har nettopp valgt å flytte prosjektledelsen til sykehjemmet. Fra nå av vil styrer for sykehjemmet også være prosjektleder for USP-Trondheim. Styringsgruppen er sammensatt av aktører fra ulike kulturer, noe som gjør at det kan være vanskelig å finne fram til et felles ståsted. Mulighetene for kulturkollisjoner er mange. En vil bruke tid på å jobbe fram et forhold til eierskapet. USP-Trondheim føler nå at de har valgt en naturlig løsning. Det er viktig at prosjektet nå blir integrert i den daglige

driften på sykehjemmet. Det startet i sin tid opp som en "liten pose" ved siden av. De andre i diskusjonsgruppa har gjort de samme erfaringene fra sine USP'er. Prosjektledelse og sykehjemsdriften må integreres. Styringsgruppa fungerer som et overordnet organ. Flere har nok opplevd at denne har vært litt fjern. Med styrer som prosjektleder forventer USP-Trondheim en at styringsgruppa blir deltakende på en annen måte. Forankring er viktig! I Trondheim blir styrer prosjektleder for å ivareta forankringen ut i feltet. Ansvarer må ligge der beslutningene blir tatt.

- I Tromsø er USP prosjektet forankret hos kommunaldirektøren. Faren med å plassere prosjektet inn i sykehjemmet er at man kan bli for innoverskuende og får for liten legitimitet i forhold til kunnskapsspredning. Tromsø har god erfaring med å ha prosjektleder som er halvt inne i sykehjemmet og halvt inne i høyskolene. Kunnskapen skal gi seg utslag hos pasienten og de ansatte - ellers er det verdiløst.
- I Gjøvik er USP forankret i rådmannens ledergruppe. Kommunen bidrar med egne midler og ser bruken av ressursene i forhold til hjemmetjenesten. Alle sykehjemmene i regionen opplever nå at det skjer noe spesielt på u-sykehjemmet, og de spør: Hvorfor får ikke vi del i dette? Vi henter fagpersonell fra andre sykehjem. Som leder må jeg gi det samme tilbudet til alle. Prosjektet må være forankret i linja. Styringsgruppa må fungere som rådgivende organ. Sykehjemmet er en viktig arena for studenter. Vernepleiere og medisinerstudenter bør i større grad delta.
- Forankring på sykehjemmet alene kan bli litt for snevert. I Oslo er dette egentlig forankret i byrådsavdelingen. PRO-sjef i bydelen sitter i styringsgruppa op vegne av byrådsavdelingen. Har forsøkt å bruke prosjektet til utviklingsarbeid som kommunen ellers ville gjort.
- Hvis USP skal stå i linja, må det være på nivået over institusjonssjefen. Vi har konkrete utviklingsprosjekter som er med i handlingsplanen til sykehjemmet, men det er noe annet. USP kan ikke være forankret på det nivået. U-sykehjemmene er spesielle, og kan ikke sammenliknes med universitetssykehusene. Hvis prosjektet er i linje til institusjonssjefen, vil det bli uinteressant for universitet og høyskolene. I Oslo er vi blitt flinke til å systematisere fagutvikling og videreutvikle kompetanseutvikling. Vi er ikke kommet så langt i forhold til å få på plass gode samarbeidsarenaer. Det er viktig. USP er en ny modell for kunnskaps- og kompetanseutvikling. (Kan ikke ta hele ansvaret for prosjektet.?) Det er vanskelig å finne fram til én riktig modell når kommunene er så forskjellige. Oslo og Tromsø kan ikke sammenliknes.
- Spredningseffekten er viktig, men det er også viktig at vi har noe å spre. Derfor er det viktig at dette er forankret hos institusjonssjefen slik vi har gjort i Bergen. Dette gir en annen driv og forankring inn i sykehjemmet. Det ser vi nå etter å prøvd en annen organisering for. Men det er nyttig å få prøvd ut flere modeller i prosjektet.

- Her, i spørsmålet om forankring av ansvar, ligger kjernen til om USP skal bli en suksess eller ikke i årene som kommer. Ansvaret må ligge i linjen. Juridisk er det ingen tvil. En person må ha ansvaret. Det må være styrer. Prosjektleder kan være i stab i en enhet for kompetanseutvikling el.l. Jfr nasjonalt kompetansesenter. Styrer må styre ressursbruken. Styringsgruppens rolle må være som rådgivende organ. Kan ikke se noen annen løsning. Prosjektet får konsekvenser for pasienten i sengen.
- Prosjektet må inn i linja i den enkelte kommune hvis prosjektet skal ha verdi framover. Viktig å være tydelig på dette
- Jeg er dypt uenig i at dette skal forankres i kommunen. Det er viktig å lage en modell som ivaretar behovet for samarbeid på tvers. Dette er vanskelig ...
- Vi har forankret prosjektet utenfor linja. For oss fungerer denne modellen. Da må vi få lov til å fortsette med den.

Samarbeid med akademikere og leger

- Hvordan inkludere legene? (..) Vi har bare delvis fått til det med legetjenesten. Men det har ikke bare stått på oss, for å si det sånn. Ved ett av prosjektene har vi fått tilbud om veiledning fra geriatrisk team på universitetssykehuset. Ellers så har vi jo en jobb å gjøre i forhold til studenter. Hvordan få til dette? Tenkte i retning av universitetssykehjemmene med kombinerte stillinger. Er usikker på om dette er veien å gå. Miljøene på universitetene er så små. Det er få å ta av her. I høyskolesektoren er det kanskje et større potensial.
- Problemet er å få U&H-sektoren til å anerkjenne den kunnskapen som utvikles i sykehjemmet. Derfor må koblingen til disse arenaene ivaretas og derfor blir det problematisk med en for sterk forankring til sykehjemmet. Hvordan få de ansatte i U&H-sektoren til å se det som verdifullt å rette sin kunnskap mot de ufaglærte i sykehjemmet?
- Sykehusdirektøren har en helt annen status enn sykehjemsstyreren. Ikke en doktor vil delta i et prosjekt som ligger under en sykehjemssjef som "bare" er sykepleier. Den statusen har jeg ikke, selv om jeg godt kunne tenkt meg å ha den.
- Hittil har vi snakket utrolig lite om studentene. Vi har et ansvar for de som ønsker å gå inn i sektoren. Må ha ulike studentgrupper. Hva betyr det i forhold til forankring? Hvis vi forankrer dette i sykehjemmet, mister vi universitets- og høyskolesektoren

Nasjonalt perspektiv

- Vi kan ikke lage en modell som krever omorganisering når prosjektet er over. Det må være mulig å finne praktiske løsninger selv om man forankrer dette inn i en organisasjon. Tromsø og Trondheim har valgt veldig forskjellige modeller. Hvilken kan leve? Dette er ikke bare et sykehjemsprosjekt. Jfr erfaringene fra universitetssykehusene - driftstilskuddet er problematisk. Kan lære av dette. Hvis det skal forankres i linjen, må det være mer enn én linje (?)
- Det er viktig å skille mellom prosjektet og en eventuell permanent ordning. Det er mye rolleklarhet i måten prosjektene er organisert på. 1. Hvem har ansvar? 2. Hvem har interesser? Interesser og ansvar kan lett komme i konflikt med hverandre. Kommunene har et lovpålagt ansvar. Men KUF/UFD og SHD betaler, og har dermed også ansvar og interesser knyttet til ressursbruken. Hvordan få til ansvarsdelingen mellom de som betaler og de som har det lovpålagte ansvaret? En permanent ordning forutsetter at man lager en organisatorisk løsning som kan håndtere ansvar og interessekonflikter. Da må vi ha en nasjonal koordinator med både fullmakter og ansvar.
- Forankring i forhold til penger? Hvis det skal utløse penger, må prosjektet forankres på høyt nivå.
- Her er det snakk om forankring på veldig mange nivåer. En ting er formell forankring. Overraskende at det skulle bli så mye støy rundt dette. Men dette er veldig viktig og veldig komplisert. Det er viktig å se på dette både i forhold til prosjektet og i forhold til en eventuell varig ordning.

5. U-sykehjemmets betydning for undervisningstilbudet ved høyskolene

- Er høyskolene kommet nærmere praksisfeltet? Er undervisningen mer aktuell/ relevant i forhold til reformer og praksisbehovene?
- Har høyskolene/universitetene etablert forskning ved U-sykehjemmene? Er det skrevet hovedoppgaver? Hvilke temaer?
- Har U-sykehjemmene imøtekommet utdanningsinstitusjonenes behov for praksisplasser?

* * *

- De som ble valgt til å være undervisningssykehjem var de som i utgangspunktet hadde gode kontakter mot U&H-miljøet. Fra Tromsø ble det sagt at kontakten var preget av negative holdninger til det å arbeide på sykehjem. Det er viktig å prøve å gjøre noe med dette.
- I evalueringen er det viktig å se på hva som ikke fungerer. I Trondheim ønsket høyskolen i Namsos å være med (modulbasert undervisningsopplegg i geriatri for sykepleiere i griskrendte strøk). Studenter ønsket hjelp og veiledning. Vi har et fagmiljø i

geriatri ved sykehuset. Hvorfor fungerte det ikke her når det fungerte så bra i Gjøvik?

- Mange av aktørene som skulle inn i prosjektet hadde mer enn nok med seg selv. Særlig NTNU. Håper vi nå får mulighet til å realisere dette. Det har tatt lang tid å få alt på plass.
- Vi har erfaringer som viser at sykehjemmene har påvirket måten å tenke om grunnutdanning og videreutdanning. Studentene i Oslo har i stor grad blitt knyttet opp mot et fagmiljø. Studenter og stipendiater er kommet inn som følge av prosjektet. Men i Oslo har en satset spesielt på kompetanseutvikling av personell. Oslo er derimot kommet kortere når det gjelder læringsarenaer og undervisningsplasser.
- Noen sykehjem er knyttet opp til private høyskoler. Andre steder er de knyttet opp til statlige institusjoner. Evalueringen bør ta hensyn til det. De statlige institusjonene har andre forpliktelser og et annet potensial. Jfr. Tromsø/Oslo.
- Kanskje har ikke prosjektet vært godt nok definert. Vi fra universitetene har sikker ikke vært flinke nok som pådrivere.

6. USP - faglige nisjeprosjekter og driftsbehov – Hva med praksis?

- gi eksempler på lokale prosjekter
- hvordan utnyttes nyervervet kunnskap?
- økt vekt på fagutøvelse må skje samtidig som administrative oppgaver må ivaretas. Omfordeling av oppgaver innad i pleiegruppen og i forhold til merkantile funksjoner er aktuelt. Hvor står USP i forhold til organisatoriske grep for å få ”rett person på rett plass”?
- Er eventuelle erfaringer yrkesspesifikke?
- Berører USP forholdet til sykehusene?

* * *

- Fagutvikling må følges av penger. Ressursavgivelse i forhold til pasientene. Bør finansieres som etter- og videreutdanning (UFD). Forankring: Her var det uenighet i gruppa. Behov for prosjektkatalog. Internundervisning og refleksjon er lite ressurskrevende og effektiv læringsform. GERIT - dataopplæring. Relativt begrensede kostnader. Bør kunne brukes av sykehjem. Eksterne kurs har begrenset effekt.
- Hvis dette også skal være et prosjekt for studenter og forskere, er det ikke bare etter- og videreutdanning. Da må det andre midler inn. Da må det hentes inn ressurser fra andre kapitler.

- Internopplæring er mindre kostnadskrevende og gir stor effekt. Mulig det. Men: Jo høyere utdanning man selv har, jo mer interessert er man i lave kostnader og internundervisning. De med lavere utdanning trenger kanskje noe mer!
- Viktig å jobbe med holdninger i U&H-systemet. Det er vanskelig å få medisinsk fakultet til å sende studenter til oss. Men jeg tror vi kanskje kan få dette til.

USP-ledelsens oppsummering

Jeg synes vi har hatt en fin konferanse. Det har vært nyttig å få konstruktive innspill utenfra.

Mange erfaringer har kommet fram.

Viktige områder:

- samarbeid på tvers. Det var bare de som virkelig ville som fikk gå i gang med dette i første omgang.
- hvilken kompetanse skal utvikles? formell vs. uformell. Vi ønsker ikke å romantisere den ene eller andre kunnskapsformen. Ikke enten-eller, men rom for begge deler.
- det å få kunnskap har ikke fratatt noen det de har hatt, men har underbygd det de har hatt
- likte godt begrepet om kunnskapsproduserende celler
- Undervisningssykehjemmenes selvforståelse: hva er vi? Hva skal vi være? Det er viktig å avklare - ikke minst i forhold til det regionale aspektet
- fagfokus: prosjektet skal bidra til rekruttering til praktisk utøvelse, ikke til flere ledere. Samtidig er det en viktig erkjennelse at vi må ta vare på lederne for å få dette til.
- prosjektet må forankres hele veien fra sykesengen til toppen!

SHDs oppsummering

Stor sektor med lav investering i fagutvikling

Pleie- og omsorgssektoren er stor. Det er snakk om store ressurser - 40 mrd kroner årlig. Mindre investering i fagutvikling i denne sektoren enn i andre. Det som er spennende her er hvordan man kan forbedre kunnskapsgrunnlaget og arbeidsmåtene - ikke bare i det enkelte sykehjem - men i hele sektoren.

Kunnskapsutvikling, ikke mønstersykehjem

Fra SHDs side er USP ikke et prosjekt for å få fram 4-5 gode sykehjem. Vi vil derimot ha en infrastruktur som kan betjene alle. Det er viktig å gjøre de riktige tingene på riktig måte. Kunnskapen som utvikles skal kunne tas i bruk av 4-500 sykehjem.

Kanskje er det like relevant å snakke om undervisningskommuner som undervisningssykehjem. Det er viktig at dette også omfatter hjemmetjenesten, og ikke bare sykehjemmene.

Beslutninger om videre arbeid

Direktoratet har ansvar for å legge til rette for fagutvikling, kunnskapsproduksjon m.v. Det er direktoratet som i første rekke skal vurdere evalueringsrapporten og her er en innstilt på å treffe en konklusjon innen sommerferien. Det er mulig avgjørelsen i forhold til fremtidsutsiktene vil blir løftet opp til departementsnivå.

Til slutt: Vi synes erfaringene med konferansen er gode - det er kommet fram mye.

Undervisningssykehjemsprosjektet

Denne rapporten er en underveisevaluering av Undervisningssykehjemsprosjektet. Formålet er å vurdere mål og foreløpige resultater, organisering, arbeidsform og metode, og å komme med innspill til eventuelle endringer og videre drift.

Undervisningssykehjemsprosjektet s overordnede mål er å bidra til økt kvalitet i den kommunale eldreomsorgen. Prosjektet bygger på en antakelse om at dette kan realiseres gjennom bedre utdanning, fagutvikling, kompetanseutvikling og forskning rettet mot eldreomsorgen.

Undervisningssykehjemsprosjektet har en ramme på fire år, fra 1999 til 2002. Evalueringen er gjennomført på oppdrag fra Sosial- og Helsedepartementet, som et samarbeid mellom Forskningsstiftelsen Fafo og Norsk institutt for studier av forskning og utdanning (NIFU).



Forskningsstiftelsen Fafo
Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 383
ISBN 82-7422-367-5
ISSN 0801-6143