

Kari Rudningen Fossli, Betty Sandvik Døble, Øyvind Kirkevold

Kompetanseløft på arbeidsplassen

Kommunenes
erfaring med
ABC modellen

RAPPORT



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

RAPPORT

Kompetanseløft på arbeidsplassen

Kommunenes erfaring med ABC modellen

Rapport fra prosjektet
Evaluerings av bruk av opplæringsprogram om demens

*Kari Rudningen Fossli
Betty Sandvik Døble
Øyvind Kirkevold*

© Forlaget Aldring og helse, 2011

Layout/trykk: BK Grafisk

ISBN 978-82-8061-158-1



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Forlaget Aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf: 33 34 19 50, Fax: 33 33 21 53

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Forord

I 2007 fikk Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i oppdrag av Helsedirektoratet å utvikle studiematerialet Demensomsorgens ABC som en del av Demensplan 2015. Materialet var en videreutvikling av Eldreomsorgens ABC som hadde vært i bruk og prøvet ut over en årrekke. Målet med Demensomsorgens ABC var å øke kunnskap om demens og behandling hos personell i helse- og omsorgstjenesten. Studiemodellen er basert på tverrfaglige studiegrupper der deltakerne leser fagstoffet på egen hånd, og med utgangspunkt i arbeidsoppgaver i studieheftene diskuterer stoffet ut fra egen praksis. Det arrangeres i tillegg to seminarer per år for studiedeltakerne. Satsingen er betydelig subsidiert som en del av Demensplan 2015 og Kompetanseløftet. Kompetansesenteret er ansvarlig for organisering og drift av opplæringen i samarbeid med utviklingssenter og kompetansemiljøer over hele landet. Fylkesmannsembetene har bidratt både praktisk og finansielt til kompetansesatsingen.

Vi takker Helse- og omsorgsdepartementet for oppdraget med å evaluere kommunenes erfaringer med modellen. Resultatene fra denne kartleggingen presenteres i denne rapporten som også inneholder data fra to andre undersøkelser omkring studiemodellen.

Arbeidet med evaluering av ABC modellen har gitt oss innsikt i erfaringer kommunene har gjort i gjennomføring av studieopplegget. Vi takker kommunale fagpersoner, ledere og studiedeltakere for at de har tatt seg tid til å besvare våre spørsmål.

Takk til Kari Rudningen Fossli som har vært ansvarlig for datainnsamling og rapportering fra hovedkartleggingen og til Betty Sandvik Døble som har stilt data til disposisjon og sammenfattet erfaringer fra et prosjekt om jobbtilfredshet i forbindelse med ABC studier. Prosjektet bygger på et arbeid satt i gang av nå avdøde Vigdis Drivdal Berentsen som i tillegg var medforfatter og redaktør for Demensomsorgens ABC. Øyvind Kirkevold har sammenfattet data fra deler av et pågående prosjekt der et stort utvalg ABC deltakere følges gjennom flere år. Øyvind Kirkevold har også vært ansvarlig veileder for prosjektet. Takk også til prosjektmedarbeiderne Liv Bjerknes Taranrød, Arild Engebretsen, Tina Walmann-Bjune, som har bistått med datainnsamling, registrering og logistikk.

Vi håper rapporten kan være til nytte i videre arbeid med utvikling av kompetansefremmende tiltak i behandling av eldre generelt, personer med demens og deres pårørende.

Tønsberg/Oslo, september 2011

Arnfinn Eek
Daglig leder

Innhold

KAPITTEL 1	
Innledning	5
Bakgrunn	5
Om ABC modellen	6
KAPITTEL 2	
Evaluering av Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC - 2011	8
KAPITTEL 3	
Kartlegging 1	9
Metode	9
Resultater	10
Diskusjon	19
KAPITTEL 4	
Kartlegging 2	23
Bakgrunn	23
Materiale og metode	23
Resultater	25
Diskusjon	25
KAPITTEL 5	
Kartlegging 3	27
Bakgrunn	27
Materiale og metode	27
Resultater	28
Diskusjon	28
KAPITTEL 6	
Konklusjon	29
Referanser	30
Vedlegg	33



KAPITTEL 1

Innledning

Over 10 000 ansatte i 320 kommuner har per august 2011 startet opplæring gjennom «Demensomsorgens ABC» og «Eldreomsorgens ABC». ABC modellen er et redskap for kompetanseutvikling i kommunal eldre- og demensomsorg. Modellen ble utviklet fra 1992 som et prosjekt i daværende Sosial- og helsedepartementet og Statens Helse- tilsyns utviklingsprogram om alderspsykiatri. Den ble evaluert i et prosjekt støttet av Nasjonalt geriatriprogram (1994-99). Videre utvikling av studiemodellen og temahefter har skjedd i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, senere Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Den siste tilveksten, Demensomsorgens ABC, er utviklet på oppdrag av Demensplan 2015 og satsingen på implementering av studiemodellen i kommunene er støttet både fra Demensplan 2015 og Kompetanseløftet.

Denne rapporten beskriver en evaluering av opplæringsmodellen Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC, der Helse- og omsorgsdepartementet er oppdragsgiver. Et sentralt spørsmål er i hvor stor grad ABC modellen dekker kommunenes opplæringsbehov innen generell eldreomsorg og demenssykdommer, ut fra behov for kvalitet i tjenesten og gjeldende lovverk.

Bakgrunn

I statsbudsjettet for 2011 (1) ble det oppgitt at ca 265 000 personer i 2009 mottok kommunale tjenester der 17 % av brukerne fikk tjenestetilbudet i institusjon, mens 66 % fikk hjemmesykepleie og/ eller praktisk bistand. Demensplan 2015 (2) påpeker en øking i antall personer med demenslidelser. I sykehjem er andelen beboere med demens over 80 %. Arbeide med personer med demens krever spesialisert kompetanse.

Slik det beskrives i Samhandlingsreformen (3) vil også en rekke andre kroniske og sammensatte sykdommer øke i årene framover. Her nevnes KOLS, diabetes, kreft, psykiske lidelser og rus. Kommunenes rolle er endret ved at flere pasientgrupper/sykdommer behandles lokalt.

I årsrapport 2009 for Omsorgsplan 2015 (4), påpekes det at kompetanseheving er av stor betydning for at brukere opplever tjenestene virkningsfulle, sikre og samordnende. I rapporten understrekes det at de kommunale omsorgstjenestene er preget av mange og små stillinger og utstrakt bruk av vikarer. Det vises til at utdanningsnivået innen pleie- og omsorgstjenesten er fordelt med 28 % høgskoleutdanning, 40 % hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere og 32 % personell uten helse- og sosialfaglig

utdanning. I Kompetanseløftet 2015 (5), vektlegges kvalifiseringstiltak med spesielt fokus på kompetanseheving innen geriatri og sammensatte lidelser og rapporten Glemsk, men ikke glemt (6) peker på en særlig satsing på kompetanseheving innenfor geriatri og demenssykdommer. Helsepersonell har plikt til å holde sine kvalifikasjoner ved like (Kommunehelsetjenesteloven (7), § 6-1 og § 6-2). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (8) anbefaler opplæringstiltak som sikrer at ny og relevant kunnskap tas i bruk, at det etableres beslutningsverktøy og at det skapes samarbeids- og refleksjonsarenaer på tvers av tjenester og nivåer. Opplæringstiltak skal gi utøveren kunnskap og ferdigheter i sikkert arbeid, sikre at tjenesten støttes av nasjonale faglige retningslinjer, og bidra til å utvikle kommunikasjonsferdigheter og treningsprogram for å bedre tverrfaglig samarbeid. Utviklingsarbeidet baseres på Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (9) etter Kommunehelsetjenesteloven, Sosialtjenesteloven og Forskrift om en verdig eldreomsorg (10). Verdighetsgarantien vektlegger at tjenestetilbudet innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Om ABC modellen

ABC studiemodellen er bygget opp med tre element hvor studiematerialet er utgangspunktet for fagtemaene. Det andre og bærende elementet i ABC modellen er tverrfaglige sammensatte studiegrupper, med seks til åtte deltakere i hver. ABC seminarne er det tredje elementet. Studieopplegget starter med dagsseminar hvor deltakerne får introduksjon til studiemodellen, og undervisning innen et aktuelt fagtema.

Utgangspunktet for å sette sammen ABC modellen på denne måten var å skape en effektiv, praksisnær kompetanseheving, en bedriftsintern opplærings-

modell. Modellen skulle være tilpasset praksissituasjonen med travle ansatte, være enkel å administrere ved selvdrøvne studiegrupper og samtidig være økonomisk kostnadseffektiv for kommunene.

I forbindelse med daværende Sosial- og helsedepartementet og Statens Helsetilsyns utviklingsprogram om alderspsykiatri (1992-1995) så man behov for grunnleggende kunnskaper om alderspsykiatri på alle nivåer i kommunale tjenester. Kunnskapsbehovet var betinget i endringer i organiseringen av psykiaritjenesten i Norge, hvor kommunene fikk overført ansvar for behandling av eldre pasienter med psykiske lidelser. Den første utgaven av ABC studiematerialet, Alderspsykiatriens ABC, ble utgitt på INFO-banken i 1996.

På 1990-tallet var det økning i antall eldre i kommunene, noe som medførte økt behov for kunnskaper innen geriatri. ABC modellen ble prøvet ut og evaluert i et prosjekt tilknyttet Nasjonalt Geriatriprogram (11) 1994-99. På bakgrunn av gode tilbakemeldinger, ble studiematerialet utvidet med en fordypningsperm i geriatri, og Alderspsykiatriens ABC ble omarbeidet til *Eldreomsorgens ABC*. Sykepleierne Kirsti Veidal Solheim og Vigdis Drivdal Berentsen hadde hovedansvaret for arbeidet med å utvikle materialet. I tillegg ble det utviklet en fordypningsperm om *demens*, og en om *funksjonshemming og aldring*. Til sammen inneholder Eldreomsorgens ABC fem studiepermer.

I tilknytning til Demensplan 2015 fikk Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i oppdrag å lage et nytt ABC studiemateriale med aktuelt fagstoff om demens, behandlings- og omsorgstiltak for personer med demens og tilbud til pårørende. Demensomsorgens ABC perm 1 ble utgitt i 2008, og perm 2 ble ferdigstilt i 2009. Vigdis Drivdal Berentsen var ansvarlig redaktør og flere fagpersoner

med kunnskaper innen fagfeltet ble engasjert for å skrive om de ulike temaene.

Studiemodellen, slik den ble laget i tilknytning til økte behov for kompetanse i kommunene på 1990 tallet, er videreført i sin opprinnelige form fram til i dag.

ABC modellens mål og verdigrunnlag

Målet med ABC modellen er å sette i gang utviklingsprosesser som bidrar til kompetanseutvikling. Alle deltakerne i ABC gruppa er verdifulle og likeverdige for studiegruppens læringsprosess, uansett fagbakgrunn, stillingstype og arbeids-erfaring.

Studiematerialet tilfører aktuell teori, og henvender seg til deltakere med ulik grad av kompetanse. Språket er enkelt, slik at alle skal ha mulighet for å forstå fagstoffet. Det er utgitt støttemateriale i form av lydbøker for deltakere med lese- og skrivevansker. Også fremmedspråklige deltakere nyttiggjør seg lydbøkene. Forfatterne presenterer fagstoffet slik at tjenestemottakerens situasjon og det individuelle aspektet fremheves. Det er lagt inn praksisrelaterte eksempler som utgangspunkt for faglige dialoger, diskusjoner og refleksjon, hvor også pårørende og ansattes egen situasjon blir vektlagt. Målet er at kunnskap, læring og bevisstgjøring av holdninger og verdier bidrar til å forankre ny kunnskap. Målet er å sikre kvalitet på tjenestene.

Gjennomføring av ABC studiegrupper i praksis

I introduksjonen til studiematerialet presenteres studiegruppen som en arena for læring og vekst, hvor gruppedeltakerne har faglige dialoger og refleksjoner ved å dele tanker, meninger, kunnskaper og holdninger. Gruppen lager sin egen gruppekontrakt, og overordnet målsetting er en positiv gruppeprosess som bidrar til å skape et godt miljø for læring og personlig vekst. Det anbefales at gruppene har deltakere fra flere avdelinger eller enheter, for et bredt faglig grunnlag for diskusjoner, og for å utvikle relasjoner for samhandling i praksis.

Studiematerialet gir rammer for gjennomføring av opplæringen. Det gis fleksibilitet for arbeidet i studiegruppene, men deltakerne har selv ansvar for å rapportere fremmøte og skal ha gjennomført aktiviteten etter fastsatte kriterier for å få tildelt studiebevis. Flere av yrkesorganisasjonene har godkjent ABC studiene som tellende i sine programmer for kliniske fagstiger.

Lederne i arbeidsenheten skal tilrettelegge for ansattes deltakelse i studiegruppene. De skal vise interesse og forståelse for gruppearbeidet, etterspørre fagkunnskap hos deltakerne, fungere som kontaktperson mot kompetansemiljøet som følger opp med fagseminarene, og formidle informasjon om ABC studiet til øvrig ledelse i virksomheten.

Det er utarbeidet informasjonsmateriale om iverksetting og drift av ABC aktivitetene i kommunene (12).



KAPITTEL 2

Evaluering av Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC - 2011

I 2010 fikk Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å evaluere ABC programmene. Hensikten med evalueringen var å vurdere nytteverdien av opplæringsmodellen i lys av kommunenes behov for kvalifisering av eget personale, og på bakgrunn av gjeldende lovgiving og krav til kvalitet i tjenesten. Hovedspørsmålet i evalueringsundersøkelsen var om ABC programmene dekket noen av kommunenes behov for opplæring innen demenssykdommer og generell eldreomsorg.

Evalueringsrapporten har vektlagt et hovedspørsmål:

- Opplever kommunene at ABC programmenes innhold, metodikk, struktur og organisering er nyttig i forhold til tilrettelegging for personalopplæring innen demensomsorg og generell eldreomsorg?

I tillegg var oppdraget å se på:

- Hvilken effekt har ABC programmene hatt på personalets holdninger og jobbtilfredshet?

For å besvare hovedspørsmålet ble det våren 2011 designet en evalueringsstudie med fokus på ABC modellens innhold, metodikk og organisering (Kartlegging 1). *Dette utgjør hoveddelen av denne rapporten.*

For å svare på spørsmålet om effekt ble det i tillegg benyttet data som er samlet inn i ABC programmet ved to tidligere tidspunkt. Data om jobbtilfredshet er fra 2006-2007 (Kartlegging 2). I 2009 ble det foretatt en registrering ved hjelp av kartleggings-skjemaet «*Personalets opplevelse av personsentrert omsorg*». Hva personalet svarer på dette gir en indikasjon på pleiemiljøets holdninger i møte med demens. Samme registrering ble gjennomført i 2010 etter ett år med ABC modellen (Kartlegging 3).



KAPITTEL 3

Kartlegging 1

Metode

Våren 2011 ble det gjennomført en kartlegging ved hjelp av spørreskjema. Skjemaet ble utarbeidet med utgangspunkt i et fokusgruppeintervju og er spesielt tilpasset evalueringen av ABC modellens innhold, metodikk og struktur. Spørreskjemaet ble sendt til representanter i alle de 306 kommunene som per mai 2010 hadde tatt i bruk ABC modellen. Svarene ble registrert og statistisk behandlet. Resultatene som presenteres bygger i hovedsak på deskriptiv statistikk.

Utarbeiding av spørreskjema

Fokusgruppen ble gjennomført som et strukturert gruppeintervju hvor en person ledet intervjuet sammen med en sekretær og en observatør. De seks informantene var avdelingsledere, fagkonsulenter og ABC deltakere fra tre kommuner, som var valgt ut på grunnlag av ulikt innbyggertall og fartstid med ABC modellen (halvannet til seks år).

Målet med fokusgruppeintervjuet var å få et datagrunnlag for utarbeidelse av spørreskjemaet, samt å sikre at spørsmålene var valide. Viktige nøkkelord i spørsmålene var: kvalifisering, opplæringsbehov og opplæringsform. Sentrale tema i intervjuet var studiepermer, studiegrupper og seminar. Dataene ble analysert, sortert og formulert til et spørreskjema. Utkast til spørreskjema ble

sendt tilbake til informantene i de tre kommunene. På bakgrunn av tilbakemeldingene ble så skjemaet bearbeidet og sendt tilbake for nye kommentarer og justeringer.

En av tilbakemeldingene var anbefaling om å utarbeide to spørreskjemaer; a) ett skjema til avdelingsleder og kommunekontaktperson og b) ett til ABC deltaker. Spørreskjemaene ble også kvalitetssikret av veiledere i evalueringsprosjektet. Videre ble spørreskjemaene pilottestet av to kommunekontakter fra to nye kommuner, for å sikre at spørsmålene var gjenkjennbare og forståelige.

De to spørreskjemaene var strukturerte selvutfyllingsskjemaer der de fleste spørsmål og påstander hadde faste svaralternativer ved hjelp av Likerts-skala. I spørreskjemaene ble det også benyttet ja/nei spørsmål og åpne spørsmål der respondentene fikk mulighet for å fortelle med egne ord hvordan de opplevde ABC modellen (vedlegg 1 og 2).

Utvalg

Det er to utvalg i undersøkelsen: a) kommunekontakter og aktuelle avdelingsledere, og b) deltakere i ABC studiet.

- a) For det første utvalget var inklusjonskriteriet at kommunekontakten var registrert som ABC studiets kommunekontakt i registeret til Kompetansesenteret. Spørreskjemaet ble sendt til navngitt kommunekontakt i alle 306 kommuner som per mai 2010 hadde startet med studiemodellen. Alle 306 kontaktpersoner fikk to spørreskjemaer. Ett til seg selv som kontaktperson og ett til en av avdelingslederne i kommunen som hadde ABC deltakere i sin avdeling. Kommunekontakter som ikke svarte innen 26.6.2011 ble kontaktet på nytt via e-post og fikk ny svarfrist 1.8.2011.
- b) For det andre utvalget var inklusjonskriteriet at vedkommende var ABC deltaker og hadde deltatt i studiegrupper og gjennomført alle studieheftene i en ABC perm. Tre deltakere ble tilfeldig utvalgt i 183 kommuner. Spørreskjemaene ble sendt til navngitte deltakere med postadresse til arbeidsplassen. De som ikke svarte innen 1.7.2011 fikk purrebrev med ny svarfrist 1.8.2011.

Analyse

Skjemaet består av ja/nei spørsmål, spørsmål skåret med Likerts-skala eller påstander som også graderes med Likerts-skala.

I spørsmålsstillinger representerer tallet

1: «Ja absolutt», 2: «I stor grad», 3: «I noen grad», 4: «I liten grad», 5: «Absolutt ikke».

I påstander representerer

1: «Helt enig», 2: «Litt enig», 3: «Verken enig eller uenig», 4: «Litt uenig», 5: «Helt uenig».

Frekvensanalyse ble brukt for å vise hvor ofte en ytring ble målt. Crosstabell og Chi-Square P verdi test ble anvendt i analysen. Signifikansnivået ble satt til $p \leq 0,05$. De åpne spørsmålene ble skrevet inn i en tabell i et Word dokument og kommentarene ble kategorisert og var forklarende til svarene i spørreskjemaet. Ved alle analyser ble statistikkprogrammet IBM SPSS versjon 19 brukt.

Etiske vurderinger

Studiet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og personvernombudet godkjente igangsetting av prosjektet den 27.5.2011. Alle deltakerne i undersøkelsen ble informert med et informasjonsskriv fra Kompetansesenteret. Evalueringen vektla frivillig deltakelse og at et utfylt skjema ble regnet som samtykke til å delta.

Resultater

Det kom inn totalt 517 svarskjema fra 250 kommuner.

- a) Det var 332 svarbrev fra 216 kommuner med svar fra kommunenes kontaktperson eller avdelingsleder. Det var 150 (45,2 %) fra kommunens kontaktpersoner, 104 (31,3 %) var avdelingsledere og 78 (23,5 %) hadde begge roller. Seks kommunekontakter ga tilbakemelding om at de ikke ble med på evalueringen fordi de først hadde startet ABC opplæringen i 2011 og derfor hadde for liten erfaring.
- b) Det kom inn 184 svarskjemaer fra deltakere. I alt 134 (72,8 %) hadde erfaring med Demensomsorgens ABC, 18 (9,8 %) med Eldreomsorgens ABC og 27 (2,7 %) hadde erfaring med både Demensomsorgens og Eldreomsorgens ABC.

Effekt og nytteverdi

Det ble gitt 11 påstander om ABC programmets nytteverdi. Disse påstandene ble gitt både til ABC deltakere og kommunekontakter/avdelingsledere. Resultatene av hva de har svart er presentert i [tabell 1](#).

På spørsmål om ABC programmene gir økt kompetanse til å arbeide i eldreomsorgen svarte over 90 % «Ja, absolutt» og «I stor grad». Over 80 % av de spurte svarte at de hadde stor nytteverdi ved at de fikk dekket noe av kommunens behov for opplæring innen eldreomsorg og demens.

Tabell 1. ABC programmets nytteverdi. Antall (%) som svarer «helt enig», «litt enig»

	ABC deltakere	Kontakt-personer/ Avdelingsledere	Chi-square p-verdi
Opplæring over tid har større læringseffekt enn dagskurs	161 (89,4)	301 (93,2)	0,141
Deltakerne bruker fagkunnskapen fra ABC-programmet i arbeidet	176 (97,8)	309 (95,7)	0,222
Deltakelse i ABC studiegruppen har påvirket forholdet til pasientene	172 (96,1)	299 (93,1)	0,177
Deltakelse i ABC studiegruppen har påvirket forholdet til pårørende	149 (82,8)	267 (83,2)	0,909
Å delta i ABC studiegrupper stimulerer til at noen tar utdanning som helsefagarbeidere og videreutdanning innen eldreomsorg og demens	100 (56,2)	155 (48,0)	0,079
Assistenten og personell uten helsefaglig utdanning styrker basiskompetanse om eldreomsorgen	147 (82,6)	271 (85,0)	0,489
Personell med helsefaglig utdanning styrker basiskompetanse om eldreomsorgen	176 (98,9)	314 (97,8)	0,395
Fremmedspråklige deltakere styrker norskkunnskapen ved å delta i ABC studiegrupper	88 (51,2)	143 (46,3)	0,304
ABC studiemodellen er en helhetlig læringspakke som henverder seg både til de med liten helsefaglig kompetanse og de som har mer kompetanse	174 (97,2)	296 (92,2)	0,024*
ABC studiegrupper øker deltakelsen i drøftinger om faglige spørsmål i personalgruppen	164 (91,6)	305 (94,7)	0,174
Deltakerne stimuleres til å delta i refleksjon rundt faglige og etiske problemstillinger	177 (98,9)	305 (95,6)	0,048*

* Statistisk signifikant forskjell mellom kommunekontakter/avdelingsledere og ABC deltakere

Flere av de spurte hadde liten eller ingen erfaring med at fremmedspråklige medarbeidere deltok i ABC gruppene og på dette spørsmålet har bare 231 av 517 svart. Enkelte skrev også at de ikke hadde erfaring med at personale uten helsefaglig kompetanse deltok i studiegruppene. På dette spørsmålet svarte 418 av 517.

Det var gjennomgående like svar fra de to gruppene (kontaktpersoner/avdelingsledere og ABC deltakere) angående påstandene om nytteverdi (tabell 1), men på påstandene «ABC studiemodellen er en helhetlig læringspakke som henvender seg både til de med liten helsefaglig kompetanse og de som har mer kompetanse» og «Deltakerne stimuleres til å delta i refleksjon rundt faglige og etiske problemstillinger» var det en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. På begge påstandene var det en større andel av ABC deltakerne som var enige.

Besvarelsene på de åpne spørsmålene var gjennomgående svært positive. Nedenfor presenteres et utvalg. De kommentarene som er valgt ut representerer som hovedregel flere enn én kommentar.

ABC deltakere:

- «ABC studiet har vært til stor inspirasjon for oss alle i studiegruppen.»
- «ABC studiet burde vært obligatorisk når en skal arbeide med personer med sykdommen demens.»
- «En lærer utrolig mye - en blir bevisst på hvordan en skal ta hånd om pasienter og pårørende.»
- «Skulle vært obligatorisk for hjemmetjenesten som er de første som møter brukerne.»
- «Man blir mer reflektert over sine holdninger og væremåte enn man var tidligere. En blir mer bevisst i møte med ALLE mennesker, ikke bare mennesker med demenssykdommer.»

- «I vår kommune har vi hatt stor satsing på ABC modellen. Vi ser at det er nyttig i forhold til tverrfaglig arbeid, arbeidsmiljø og en blir mer bevisst i å utvikle de gode tjenestene.»
- «Vi som har jobba i mange år lærte lite nytt. Jeg anbefaler ABC modellen til nyansatte.»

Kommunekontakter:

- «Alle virker fornøyd med ABC kurset. Samholdet er blitt styrket og det er bedre forståelse mellom ulike avdelinger og arbeidsplasser.»
- «Tilbudet er spesielt nyttig til assistenter.»
- «ABC deltakere har gitt tilbakemelding om mer trygghet i faget, bedre kjent med kollegaene sine, samt kjent med andre avdelinger.»
- «Veldig positivt at ABC modellen kan bidra til å bli helsefagarbeider.»
- «Refleksjon rundt fag er blant annet suksessen og at en blander ulike kompetanse.»

Avdelingsledere:

- «Har vært en suksess hos oss, redusert sykefraværet.»
- «Mer nyttig for ufaglærte enn faglærte. Tilbakemelding fra høyskolegruppen er at det er lite nytt faglig.»
- «Ønske om veiledning til avdelingslederne hvordan de skal få mer «utbytte» av den lærte kunnskapen (økte kompetansen) i avdelingene.»
- «Lederne må i større grad etterspørre kunnskapen.»
- «I tillegg til at fagkunnskapene utvikles, er selve gruppeprosessen positivt for arbeidsmiljøet.»
- «Viktig at tjenestestedet krever noe tilbake etter endt kurs – hos oss har det bidratt til å endre flere rutiner på avdelingen. Eksempel: Innskrivningssamtale med pårørende til pasienten med bedre utfyllt bakgrunnsopplysningskjema.»

Studieheftene

Langt de fleste av respondentene brukte kun studieheftene, mens 20 (11,3 %) i tillegg benyttet lydboka for å tilegne seg fagstoffet. Lydboka ble brukt av deltakere med skrive- og lesevansker (9), fremmedspråklige (4), men også andre deltakere (7).

Nytteeffekt av fagstoffet i studiepermene vurdert av ABC deltakerne

I tillegg til de påstandene om nytteverdi som både kontaktpersoner/avdelingsledere og ABC deltakere besvarte, fikk ABC deltakerne også fem påstander om studiepermene som skulle tas stilling til (tabell 2).

Over 94 % av ABC deltakerne svarte at de fikk faktakunnskap og større tverrfaglig forståelse innen eldreomsorg og 88 % bekreftet at fagstoffet ga nye oppdagelser innen faget.

ABC deltakere skrev følgende kommentarer om studieheftene:

- «Studieheftene er også nyttige i internundervisning og som oppslagsverk på avdelingen.»

Kommunekontakter skrev:

- «Demensomsorgens ABC perm 1 var mer interessant enn perm 2.»
- «Fagstoffet er lettlest og de som skriver kjenner praksis.»

Tabell 2. ABC deltakeres svar angående studiepermene. Antall (%)

Påstand	Ja absolutt	I stor grad	I noen grad*
Språket i heftene er lett å forstå og tilpasset en tverrfaglig tilnærming i studiegruppen	108 (60,3)	65 (36,3)	6 (3,3)
Studieheftene gir deltakerne faktakunnskap og praksisnære eksempler fra eldreomsorgen	123 (68,7)	53 (29,6)	3 (1,6)
Arbeidsoppgavene og spørsmålene i heftene gir ettertanke, refleksjon og diskusjon i studiegruppen	109 (60,6)	61 (33,9)	10 (5,6)
Studieheftene er med å utvikle tverrfaglig forståelse og kunnskap hos gruppedeltakerne	100 (55,2)	71 (38,6)	10 (5,5)
Arbeid med fagstoffet gir nye oppdagelser innen faget eldreomsorg	95 (54)	60 (34,1)	20 (11,4)

* Alternativ «I liten grad» og «Absolutt ikke» er utelatt fordi ingen eller svært få har svart på disse alternativene.

Tabell 3. Seminarer. Antall (%)

Påstand	«Ja absolutt» og «I stor grad»	«I noen grad»	«I liten grad» eller «Absolutt ikke»
Seminarene gir motivasjon til å arbeide videre med studiemodellen	158 (89,3)	15 (8,5)	4 (2,3)
Seminarene gir faglig påfyll	155 (88,1)	20 (11,4)	1 (0,6)
Seminarene gir mulighet til å dele erfaringer med andre	150 (85,7)	23 (13,1)	2 (1,2)
Seminarene gir inspirasjon til å komme videre med gruppeprosessen	151 (86,3)	21 (12,0)	3 (1,7)

Seminarer

I alt svarte 88 % at de fikk seminar ved oppstart av ABC modellen. Totalt 76 % svarte at de fikk tilbud om to seminarer pr studieperm.

Nytteeffekt av seminarene vurdert av ABC deltakerne

Over 86 % av ABC deltakerne svarte at seminarene ga faglig påfyll og motivasjon til å arbeide med studiemodellen og gruppeprosessen (tabell 3). Kommentarer fra ABC deltakere angående seminar:

- «Litt variert om vi har fått seminar. Etter at vi fikk penger fra kompetanseløftet har vi hatt mulighet til oppfølging med 2 seminar per perm.»
- «Dårlig info om seminar og oppfølging fra faglig leder.»
- «For dyrt med 2 seminar per perm.»
- «Fikk ingen invitasjon til seminar ved perm 2.»
- «Trenger litt «input» av fagpersoner underveis.»

Kommentarer fra kommunekontakter:

- «Vi er en liten kommune og når 28 deltakere startet samtidig så ble driften sårbar når så mange skulle på seminar. Vi valgte å sende en gruppe som tok med seg informasjon tilbake til si studiegruppe.»
- «Ikke fulgt opp av sin avdelingsleder.»
- «Bare kontaktpersonene fra gruppene har deltatt.»
- «Alle kan ikke tas ut av jobb, men alle får deltakelse på i alle fall ett av fagseminarene.»

Kommentarer fra avdelingsledere:

- «Avhengig av at vi har vikar.»
- «Seminar utsatt på grunn av sykdom.»
- «Får seminar når utviklingssentrene tilbyr seminar og når det praktisk er gjennomførbart.»

Praktiske og administrative forhold

Når det gjaldt praktisk og administrativ gjennomføring av kursene, ble det stilt forskjellige spørsmål til kommunekontakter/avdelingsledere (tabell 4 og 5) og ABC deltakerne (tabell 6). Forhold om avsluttende prøve og rekruttering ble belyst i spørreskjemaene til alle respondentene (tabell 7). Spørsmål om godtgjøring ble kun stilt til kommunekontakter/avdelingsledere (tabell 8).

I tabell 4 vises det at det var lite eller ingen forskjell i hvordan kontaktpersoner og avdelingsledere svarte. I den grad det var forskjell, var det en liten tendens til at kontaktpersonene var mer positive enn avdelingslederne. De som hadde begge roller, svarte i stor grad likt med de som bare var kontaktpersoner.

Tabell 4. Informasjon og samarbeid. Antall (%)

<i>Spørsmål til kommunekontakter og avdelingsledere</i>	<i>Antall (%) som svarer «Ja absolutt» eller «I stor grad»</i>	<i>Gjennomsnittskår (SD) på en skala fra 1-5</i>
Vi har fått tilstrekkelig informasjon om faglig innhold og oppbygging av opplæringsmodellen ABC	278 (83,7)	1,78 (0,75)
Vi er tilstrekkelig informert om ansvar og oppfølging av oppstartseminar og fagseminar	264 (79,5)	1,86 (0,82)
Vi er tilstrekkelig informert om økonomiske forhold	238 (71,7)	2,07 (0,90)
Vi er tilstrekkelig informert om Fylkesmannens rolle innen ABC satsingen	168 (50,6)	2,58 (1,10)
Vi er tilstrekkelig informert om utviklingssentrene og kompetansemiljøene sine roller innen ABC satsingen	189 (56,9)	2,39 (0,97)
Kontakten med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse er avgjørende for gjennomføringen av ABC modellen	196 (59,0)	2,26 (0,95)
Det er lett å få hjelp og støtte ved kompetansemiljøene/utviklingssentrene og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse	267 (80,4)	1,86 (0,75)
Kommunens kontaktperson avklarer med lokale ledere hvilke avtaler deltakerne har i forhold til arbeidstid/fritid/avspaseringsmuligheter	296 (89,2)	1,62 (0,77)

Det var vesentlig større andel avdelingsledere enn kontaktpersoner som svarte «absolutt ikke» på spørsmålet om studiemodellen var administrativt krevende for avdelingslederne. Det var ingen forskjell i andelen som svarte «Ja, absolutt» eller «I stor grad» på dette (tabell 5).

Kommunekontakter skrev:

- «Det krever ikke mye organisering for å gjøre deltakelse mulig.»

- «Det er ikke administrativt krevende, hvis møtene er lagt inn i turnus.»

Spørsmål til ABC deltakere

Spørsmål til ABC deltakerne om administrative og praktiske forhold gjaldt kun gjennomføring av selve gruppesamlingene (tabell 6).

Over 96 % av ABC deltakerne svarer «Ja absolutt» og «I stor grad» på spørsmål om de styrte studie-

Tabell 5. Er ABC studiemodellen krevende administrativt for avdelingslederne? Antall (%)

	<i>Kommunens kontakt- person</i>	<i>Avdelingsleder</i>	<i>Både kontaktperson og avdelingsleder</i>
Ja absolutt	3 (2,0)	1 (1,0)	1 (1,3)
I stor grad	11 (7,4)	9 (8,7)	3 (3,9)
I noen grad	62 (41,9)	34 (33,0)	39 (50,6)
I liten grad	59 (39,9)	36 (35,0)	30 (39,0)
Absolutt ikke	13 (8,8)	23 (22,3)	4 (5,2)
Totalt	148 (100)	103 (100)	77 (100)

Tabell 6. Administrasjon av studiegrupper. Spørsmål til ABC deltakere. Antall (%)

<i>Påstand</i>	<i>Antall som svarer «Ja absolutt» eller «I stor grad»</i>	<i>Antall som svarer «I noen grad»</i>	<i>Antall som svarer «I liten grad» eller «Absolutt ikke»</i>
Deltakerne i studie- gruppen styrer gruppen selv uten hjelp fra andre	177 (96,2)	4 (2,2)	3 (2)
Studiegruppen orienterer avdelingsleder om fremdriften i gruppen	88 (47)	46 (25)	47(25,6)
Studiegruppen lager sin egen skriftlige kontrakt som er en avtale om hvordan gruppen skal fungere	151 (85)	15 (3,7)	15 (3,7)

gruppen selv uten hjelp av andre og over 86 % av deltakerne hadde en skriftlig kontrakt om hvordan studiegruppen skulle fungere. I alt 47 % av ABC deltakerne orienterte avdelingsleder om fremdriften av studiegruppen.

Ledelse innad i studiegruppen

ABC deltakerne ble spurt om de hadde blitt enige om hvilken ledelse de ønsket innad i studiegruppene og hvis de hadde det, skulle de svare på hvilken form for ledelse de hadde valgt. Det var 163 (88,6 %) som hadde diskutert og blitt enige om hvilken ledelse de ønsket. Av disse hadde 101 (55 %) en fast leder, 68 (37 %) hadde ledelse på omgang og 6 (3,3 %) hadde tilfeldig ledelse av studiegruppen.

Tidspunkt for samlinger

Til sammen 102 (55,4 %) av ABC deltakerne oppgav at studiegruppen hadde samlinger mellom dagvakt og kveldsvakt og 45 (24,5 %) hadde gruppesamling på dagtid, mens 33 (17,9 %) hadde samling på kveldstid.

ABC deltakere ga følgende kommentarer:

- «Veldig lærerikt og veldig god måte å jobbe i grupper på – en lærer av hverandres erfaringer.»

- «Hadde trengt mer trening i å holde fokus i de selvdrevne gruppesamlingene.»
- «Savnet hjelp fra en ansvarlig sykepleier som kunne bidra med innspill på gruppesamlingene.»
- «Viktig at studiegruppene blir tett fulgt opp av avdelingsleder. Det gir økt lyst til å fortsette dersom diskusjoner blir tatt på alvor.»
- «Jeg har vært alene deltaker fra min avdeling, det hadde vært en fordel at vi var flere for å få til konstruktive diskusjoner i avdelingsmiljøet.»

Rekruttering (spørsmål til alle respondenter)

Når det gjelder rekruttering så var det tre påstander. Det var lite eller ingen forskjell i hvordan kommune-kontakter/avdelingsledere og ABC deltakere svarte på dette. Resultatene er derfor presentert samlet for alle respondentene i **tabell 7**.

Avsluttende prøve (spørsmål til alle respondenter)
På spørsmålet om det bør være avsluttende prøve for godkjenning av ABC opplæringen svarte 331 (67,3 %) nei, mens 161 (31,2 %) mente at det bør være avsluttende prøve. Det var ikke signifikant forskjell i svarene fra ABC deltakere og kommune-kontakter/avdelingsledere.

Tabell 7. Rekruttering. Antall (%)

Påstand	«Helt enig» og «Litt enig»	«Verken enig eller uenig»	«Litt uenig» og «Helt uenig»
Å delta i ABC studie-gruppe må være frivillig	446 (88,2)	21 (5,7)	35 (7,5)
Omdømme og godord fra deltakerne er viktigst i rekrutteringen	481 (96,0)	16 (3,2)	4 (0,8)
En informasjonsfilm ville være nyttig i rekrutteringen av nye deltakere	400 (79,7)	93 (18,5)	9 (1,8)

ABC deltakere skrev følgende:

- «Jeg synes det burde vært skriftlige oppgaver som skulle blitt besvart og der en fikk tilbake-melding.»
- «Vi rekrutterer flere ansatte ved ikke å ha avsluttende prøve og mange trenger å bli mer etisk bevisste.»

Kommunekontakter skrev:

- «ABC modellen fanger opp de som ikke våger å ta videreutdanninger med studiepoeng, fordi de slipper eksamen.»
- «Syns ikke det skal være avsluttende prøve for godkjenning da dette er en terskel for mange og at vi kanskje da mister deltakere som trenger det mest.»

Avdelingsledere skrev:

- «Avsluttende prøve kan være frivillig.»
- «Avsluttende prøve kan virke skjerpene i forhold til fordypning i stoffet og forberedelsen, men noen vil nok vegre seg.»

Godtgjøring (spørsmål kun til kommunekontakt/avdelingsleder)

Alle kommunene hvor det var svar fra kommune-kontakt/avdelingsleder oppga at de ga en eller annen form for godtgjøring, men det var meget stor variasjon i hvilken godtgjøring de forskjellige kommunene ga ABC deltakerne (tabell 8).

På åpne spørsmål skrev informantene at lønns-kompensasjon kunne variere fra 2 000 til 5 000 kroner etter å ha mottatt studiebevis for gjennom-ført studieperm.

Flere kommuner skrev at ABC deltakere kunne søke om lønnskompensasjon ved lokale forhand-linger. Andre kommuner hadde stipendordninger, én kommune skrev at deltakerne fikk stipend på 5 500 kroner. Annen form for godtgjøring var dekning av studiemateriell, mat til seminar, dekning av utgifter ved seminardager, studietur eller middag etter fullført studieperm.

Tabell 8. Godtgjøring. Antall (%)

	Ja	Nei	Vet ikke	Ubesvart*
Avspasering time for time	159 (47,9)	129 (38,9)	8 (2,4)	36 (10,9)
Avspasering hvis gruppesamlinger og seminarer kommer på fridager.	185 (55,7)	105 (31,6)	9 (2,7)	33 (9,9)
Oppsamling av tid på tidskonto	152 (45,8)	115 (34,6)	20 (6,0)	45 (13,6)
Deltakerne får stipend for å fullføre ABC-programmene på fritiden?	5 (1,5)	288 (86,7)	8 (2,4)	31 (9,3)
Deltakerne får lønnskompensasjon for gjennomføring av en ABC-perm	60 (18,1)	187 (56,3)	56 (16,9)	29 (8,7)
Deltakerne får annen form for godtgjøring	82 (24,7)	192 (57,8)	18 (5,4)	40 (12,0)

* En del valgte ikke å svare på enkeltspørsmål, men ga i stedet kommentarer.

Kommunene hadde flere lokale ordninger angående avspasering. Her er eksempler på ulike avspaseringsordninger/tidskonto:

- «Avspaserer 50 % medgått tid til gruppesamlinger.»
- «1-2 dager fri per semester.»
- «De som jobber over 75 % får avspasere.»
- «Perm med lønn for kursdager.»
- «Fri, hvis samling er i arbeidstiden.»
- «Avspasering 2 timer per gruppesamling, men ikke mer enn til sammen 8 timer per perm – dette gjelder ansatte som har 50 % stilling eller mer.»
- «Bruker 2 ½ time per studiehefte – halvparten settes inn på en timebank.»
- «Kan samle opp til en fridag.»
- «To dager fri fra jobb – fridager tas etter eget ønske.»
- «To fridager ved fullført perm.»

Kommentarer angående godtgjøring:

- «Kommunen har vinglet veldig i forhold til godtgjøring. Vi hadde en avtale, men den var for dyr. Nå er det ingen godtgjøring og noen har hoppet av.»
- «Har egen liste for tidskonto – ikke inne i turnusprogrammet.»

Diskusjon

I denne undersøkelsen har vi funnet at ABC modellen skårer positivt på effekt og nytteverdi i forhold til opplæring av personalet innen generell eldreomsorg og demensomsorg. Videre viser undersøkelsen at modellen gir læringsutbytte både for de med og de uten helsefaglig kompetanse. Undersøkelsen bekrefter også at ABC modellen øker faglig bevissthet rundt faglige og etiske problemstillinger, noe som igjen har ført til

endring av rutiner i praksisfeltet. ABC modellen er lett å administrere for avdelingsledere. Avdelingslederens rolle i forhold til at kompetansen blir anvendt på avdelingen er avgjørende. Det er liten forskjell i svarene fra kommunekontakter/avdelingsledere og svarene fra ABC deltakerne.

Effekt og nytteverdi i forhold til kommunens opplæringsplikt

Flere ABC deltakere peker på at avdelingslederen har et spesielt ansvar for å legge til rette for kompetanseutvikling og følge opp opplæringstiltak som er igangsatt. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (8) anbefaler opplæringstiltak som sikrer at ny og relevant kunnskap tas i bruk. For å gjøre seg nytte av fagkunnskapen kreves det at avdelingslederne og kontaktpersonene har fått god informasjon om ABC modellens faglige innhold og vet noe om fremdriften i studiegruppene. I tillegg kreves det at avdelingsleder følger opp studiegruppens læringsprosess og etterspør fagkunnskapen på avdelingsnivå. For at fagkunnskapen kan bli anvendt i praksis og komme pasient og pårørende til gode, må avdelingskulturen være nysgjerrig på ny kunnskap og viten. Deltakerne fra studiegruppene må fortelle om hva som skjer på gruppesamlinger og hvilke oppdagelser de har gjort som kan implementeres i avdelingen.

Illeris (13) påpeker at læring er en integrert prosess som omfatter både samspillprosessen mellom individet og omgivelsene og den prosessen som foregår inni personen. Læring blir ut fra denne teorien både en individuell og sosial prosess. Undersøkelsen bekrefter at refleksjon rundt faglige spørsmål fremmer tverrfaglig forståelse og samarbeid. Styrken til ABC modellen blir at teoretisk kunnskap gjennom fagseminarer og studiehefter blir bevisst ved samhandling i gruppene. Studiegruppene blir en møteplass der de ansatte kan

utveksle kunnskaper og erfaringer, en arena for refleksjon. Dette samsvarer med Gustavson (14) som påpeker at kunnskapsutvikling vokser frem i arbeidslivet der mennesker kommuniserer. Refleksjon over handling blir viktig for læring. Utdelingen blir om avdelingsleder og det tverrfaglige samarbeidet gjør seg nytte av fagkunnskapen.

Årsrapporten for 2009 om Omsorgsplan 2015 (4), påpeker at de kommunale omsorgstjenestene er fordelt med 28 % høgskoleutdanning, 40 % hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere og 32 % personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Langt de fleste i denne kartleggingen svarte at ABC modellen var en helhetlig læringspakke som henvender seg både til de med liten helsefaglig kompetanse og de som har mer (tabell 1). ABC programmet er en bedriftsintern opplæringsmodell der kunnskaps- og læringssyn i en organisasjon påvirker læringen hos deltakerne. Modellen vektlegger kommunikasjon på tvers av profesjon og avdelingsnivå, noe som kan bidra til å utvikle det tverrfaglige samarbeidet. Videre er systematisk tenking på tvers av profesjoner nødvendig for at tjenestetilbudet innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel der medisinske og grunnleggende behov blir ivaretatt, jamfør Forskrift om kvalitet i kommunene (9). Dette samsvarer med Wadel (15) sin teori «Å lære å lære i lag» om en lærende organisasjon. Selv om enkelte i undersøkelsen kommenterer at assistenter og nyansatte har større faglig nytte av opplæringen enn personalet med høgskoleutdanning, kan det konkluderes med at både funnene i undersøkelsen og læringsteori støtter ABC oppleggets anbefaling om at det skal være tverrfaglige grupper hvor også høgskoleutdannede bør delta.

Undersøkelsen viser at studiegruppene møtes jevnlig. På disse møteplassene kan de ansatte

utveksle og tilegne seg kunnskaper og erfaringer der de lærer i lag uavhengig av hvilke forkunnskap de har. Noen i studiegruppen har høgskoleutdanning og kan berike gruppen med fagkunnskap, andre har mye erfaring innen eldreomsorg. Læring er både en individuell og en sosial prosess. Vygotski (16) påpeker at læring og bevissthet utvikles først i fellesskap og deretter i den enkelte. Når studiegruppen kommer sammen stimuleres deltakerne til å delta i drøftinger om faglige og etiske problemstillinger. Dette bekreftes av kommunecontakter, avdelingsledere og ABC deltakere der over 93 % bekrefter at studieheftene og studiegruppene stimulerer til å delta mer i faglige og etiske drøftinger. En avdelingsleder påpekte at denne prosessen som skjer i gruppene er positiv for arbeidsmiljøet og påvirker kommunikasjonskanalene ved at deltakerne blir kjent med flere avdelinger og dermed utvikler større tverrfaglig forståelse.

Administrative og praktiske utfordringer

Det at ABC modellen innebærer flere samlinger for flere ansatte over flere år betyr at opplegget er ganske omfattende. Spørsmålet blir da hvordan påvirker en så krevende opplæringsmodell avdelingslederne? Langt de fleste av kommunekontaktene og avdelingslederne svarte at ABC modellen er lite krevende å administrere (tabell 5). Dette tyder på at modellen er et godt alternativ administrativt for å løse behovet for kvalifisering av personalet i kommunehelsetjenesten.

Det kreves god organisering å delta i en studiegruppe over tid og ABC modellen gir mye ansvar til deltakerne. Dette bekrefter svar fra deltakere, der nesten alle svarer at de styrer studiegruppen selv uten hjelp fra andre (tabell 6). Samtidig er det kommentarer fra deltakere som etterspør mer styring og hjelp fra ledernivåer. En deltaker etterlyser også mer trening i å holde fokus i de selvdrevne gruppesamlingene. Dette understreker

betydningen av å delta på oppstartseminar, hvor deltakerne diskuterer grupperegler og veiledes i å lage kontrakt for studiegruppen. I gruppekontrakten fremkommer hvilken ledelsesform studiegruppen velger og tidspunkt for samlinger. At studiegruppene er selvstyrte, forklarer muligens svarene fra avdelingslederne og kommunekontaktene om at modellen ikke oppleves som administrativt krevende. Det er likevel viktig å merke seg at flere av deltakerne etterspør avdelingslederens rolle i å følge med, etterspørre kunnskapen og ta diskusjonene på alvor.

At deltakerne føler seg sett, hørt og akseptert av avdelingslederen er avgjørende motivasjonsfaktorer som fremmer læring. Ledelsen har dermed en sentral rolle ved å støtte og oppmuntre deltakerne ved å legge til rette for gjennomføringen. Selv om de fleste kommunekontaktene/avdelingslederne svarte at de fikk tilstrekkelig informasjon (tabell 4), kan det tyde på at det av og til ikke er så lett å følge opp. Dette er temaer som tas opp i oppstartseminar og informasjonsmøter og funnene viser at denne informasjonen er viktig.

En utfordring kan være å legge til rette for at studiegruppene kan møtes og samtidig opprettholde en forsvarlig drift. I svarene fra deltakerne ser en at tidspunkt for studiegruppene varierer (se *Tidspunkt for samlinger, side 17*). Over halvparten møtes likevel mellom dagvakt og kveldsvakt. Dette at modellen er fleksibel og legger vekt på at deltakerne selv kommer med praktiske løsninger, påvirker medbestemmelsen og dermed kreativiteten i å finne gode løsninger slik at studiegruppene kan møtes jevnlig.

Nesten en firedel av de spurte fikk ikke to seminarer per perm. Hvis mange deltakere fra samme avdeling deltok på gruppe, kunne det være vanskelig å skaffe vikarer. Andre avdelinger slet med trange budsjett,

og kommunene betaler selv lønn til vikarer. Deltakerne er klare i sine tilbakemeldinger der over 86 % svarer at seminarene gir faglig påfyll og motivasjon til å arbeide med gruppeprosessen (tabell 3).

Seminarene arrangeres ofte sammen med flere kommuner og dermed øker muligheten for samhandling og interkommunalt samarbeid, jamfør Samhandlingsreformen (3). Å kunne gi to seminarer per perm (fire seminarer i løpet av to år) er den største administrative og økonomiske utfordringen for kommunene (tabell 3).

For deltakere er det viktig at godtgjøringsavtalene er klare og tydelige (tabell 8). Dette bekrefter kommentaren: «Kommunen har vinglet veldig i forhold til godtgjøring, vi hadde en avtale, men den var for dyr. Nå er det ingen godtgjøring og noen har hoppet av.»

Ut fra at ABC modellen henvender seg til personalet i turnus og flere av studiegruppene har samlinger som delvis er i arbeidstid og delvis i fritid, blir det viktig at kommunekontakter og avdelingslederne har gjennomdrøftet de lokale avtaler i forhold til avspasering og godtgjøring. Flere av de spurte bekreftet at kommunene hadde lokale, skriftlige avspaseringsavtaler.

De aller fleste, 90 %, bekreftet at modellen ga økt kompetanse. Spørsmålet blir da hvordan rekruttere nye deltakere. Deltakerne var klare på at studiet måtte være basert på frivillighet (82 %). Omdømme og godord fra deltakerne er viktig for rekruttering. Mange mente at en informasjonsfilm kunne være nyttig.

Svarene fra kommunekontaktene og avdelingslederne varierte på spørsmål om de hadde fått tilstrekkelig informasjon (tabell 4). Her er det

behov for videre arbeid for å finne gode måter å nå fram med informasjon til både deltakere og beslutningstakere.

Over to tredeler av respondentene svarte «nei» på spørsmålet om det burde være en avsluttende prøve for godkjenning av gjennomført studium (se *Rekruttering*, side 17). En begrunnelse var at modellen fanger opp de som ikke våger å ta formelle utdanninger med eksamenskrav. Ville levering av skriftlige oppgaver øke læringsutbytte eller ville det også hindre noen i å starte i ABC modellen? Noen vegrer seg for å skrive, men personalet trenger skrivetrening og innlevering av oppgaver ville gi ferdigheter i å formulere seg.

Ut fra svarene tyder det på at det er behov for mer informasjon om fylkesmannens og kompetansemiljøenes rolle i ABC modellen (tabell 4). Det virker også som avdelingslederne og kommunekontaktene trenger mer informasjon om ansvar og oppfølging av oppstartsseminarer og fagseminarer. Dette samsvarer med at noen av deltakerne har skrevet at de ikke fikk invitasjon til seminar, og at ledere ikke fulgte opp seminarsatsingen. Avdelingsledere og kontaktpersoner svarte i stor grad at det var lett å få hjelp og faglig støtte fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, utviklingsentrene og de regionale kompetansemiljøene. Denne oppfølgingen kan bidra til at avdelingslederne opplever modellen lite krevende å administrere.



KAPITTEL 4

Kartlegging 2

Bakgrunn

I 2006 til 2007 ble det gjennomført en evalueringsundersøkelse i tilknytning til ABC modellen hvor hensikten var å kartlegge i hvilken grad kompetanseutvikling påvirker jobbtilfredshet hos ansatte i sykehjem. Undersøkelsen ble gjennomført som en kontrollert intervensjonsstudie med «før – etter» design, som målte grad av jobbtilfredshet hos de ansatte. Intervensjonen bestod i å gjennomføre ett års ABC aktivitet etter de standardiserte beskrivelsene i studiemodellen. Det ble benyttet kontrollutvalg.

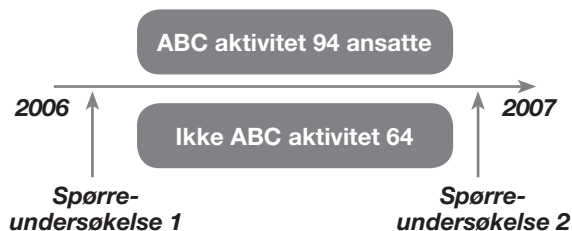
Litt om jobbtilfredshet

Jobbtilfredshet er et begrep som relaterer seg til individuell opplevelse av påvirkninger i det psykososiale arbeidsmiljøet og er nært knyttet til faktorer som trivsel, motivasjon og mestring(17). Det psykososiale arbeidsmiljøet er et komplekst system, og omhandler individuelle, sosiale og organisatoriske faktorer. Målet er å ha et godt arbeidsmiljø, noe som avhenger av kunnskaper, holdninger og handlinger på både individ- og systemnivå. Kompetanseutvikling er viktig for resultatet av praktisk handling og opplevelse av mestring av arbeidet. Det samme er sosialt samspill og forholdet mellom ledere og medarbeidere. Jobbtilfredshet hos ansatte er et sentralt mål når

en undersøker psykososialt arbeidsmiljø og faktorer som relaterer seg til ulike typer jobbkrav (18).

Materiale og metode

Fire kommuner, to mindre kommuner i distrikt og to bykommuner deltok, og tilsammen 158 ansatte innen eldre- og demensomsorg ble inkludert i undersøkelsen. For å undersøke om gjennomføring av ABC aktivitetene førte til endring i jobbtilfredshet ble to av kommunene, med til sammen 94 ansatte, valgt ut til å starte med ABC studier. Studiematerialet var den første permen i Eldreomsorgens ABC, Grunnmur. De andre to kommunene, med til sammen 64 ansatte, skulle først starte opp to år senere. De utgjorde dermed kontrollutvalget. Kriteriene for inkludering skulle ivareta høyest mulig grad av samsvar mellom utvalgene, deltakere



Figur 1. Modell for jobbtilfredshetsundersøkelse tilknyttet ABC modellen.

fra stor og liten kommune, prosentvis fordeling av ansatte med ulik yrkesbakgrunn, stillingstørrelse og varighet av arbeidsforholdet. Ansatte i begge utvalgene svarte på spørreskjemaet om jobbtilfredshet ved tidspunktet før ABC aktivitetene startet i 2006, og etter ett år i 2007 (figur 1).

Kontaktpersonene i kommunene administrerte spørreskjemaene, som var påført identitetsnummer, til de ansatte. Deltakerne besvarte spørreskjemaene og leverte dem tilbake til prosjektet i lukket konvolutt. I 2011 ble materialet undersøkt ved deskriptive statistiske analyser, og skår på jobbtilfredshet i utvalgene ble analysert ved å sammenligne gjennomsnittlig endring fra spørreundersøkelse én til spørreundersøkelse to, for de to gruppene (Student T-test).

Spørreskjemaet som ble benyttet til datainnsamlingene er utviklet som kartleggingsverktøy for helseovervåking av arbeidsmiljøer (17). Det benyttes ved metodisk undersøkelse av psykososialt arbeidsmiljø og innhenter mål på ansattes opplevelse av jobbtilfredshet ved ti utvalgte variabler. Skjemaet er enkelt å administrere, lett å forstå og kan raskt besvares av respondentene (17, 19). (se vedlegg 3)

Respondentene besvarte skjemaet ved å angi sin opplevelse av jobbtilfredshet for hver enkelt av de ti variablene ved å markere skårverdier fra én til seks som tilsvarer; «meget dårlig», «dårlig», «tvilsomt», «rimelig bra», «bra» og «meget bra».

For å undersøke spørreskjemaets egenskaper som psykometrisk måleinstrument, ble det gjort testing av skalaens reliabilitet og validitet. Test-retest reliabilitet viste høy korrelasjon og skalaens interne konsistens var tilfredsstillende. Faktoranalyse ble brukt for å undersøke begrepsvaliditet i skalaen. Resultatet ble to faktorer (subskalaer) som vist i figur 2. På bakgrunn av temaet i variablene kalte vi faktorene for «Individfaktor» og «Systemfaktor».

Disse to faktorene ble benyttet i det videre arbeidet med analyser av jobbtilfredshet. Skårene for den enkelte variabelen i hver faktor ble summert og deretter delt på antall variabler. Det vil si at både «Individfaktor » og «Systemfaktor» presenteres med en skår fra én til seks i resultatene.

Figur 2. Resultat av faktoranalyse med fordeling av variablene i to faktorer.

<i>Individfaktor</i>	<i>Systemfaktor</i>
Selvutfoldelse	Sosial støtte
Variasjon	Tilhørighet og trivsel
Krav til ansvar, kvalitet arbeidsrolle	Ledelse, forholdet til nærmeste overordnede
Egenkontroll	Trygghet på jobben
Informasjon og kommunikasjon	
Arbeidsmengde	

Etiske vurderinger

Deltakerne og arbeidsstedene ble gitt skriftlig informasjon om frivillig deltakelse, anonymitet, hensikten med undersøkelsen og plan for presentasjon av resultatene. Undersøkelsen ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste og godkjent av personvernombudet.

Resultater

Ved første datainnsamling i 2006 var samlet jobbtilfredshet tilsvarende «rimelig bra» til «bra» i begge utvalgene med gjennomsnittsskår mellom 4,2 og 4,8. Systemfaktor viste høyest jobbtilfredshet med en skårverdi på 4,8 i begge utvalgene.

I løpet av perioden fra første jobbtilfredshetsundersøkelse i 2006 og til neste undersøkelse i 2007 viste det seg at graden av jobbtilfredsheten var stabil innad i utvalgene med kun små endringer.

I datamaterialet fra 2007 var det en liten reduksjon i Individfaktor på 0,3 både i ABC utvalget og kontrollutvalget. For Systemfaktor var skårverdien i 2007 redusert med 0,3 (fra 4,8 til 4,5) i ABC utvalget, mens kontrollutvalget hadde lik skår som i 2006 på 4,8. Det vil si at fra 2006 til 2007 ble jobbtilfredshet målt med Systemfaktor redusert for ABC utvalget, men ikke for kontrollutvalget. Forskjellen mellom de to utvalgene var statistisk signifikant, $p < 0,05$.

Diskusjon

Faktoranalysen gjorde det mulig å skille de ti variablene på jobbtilfredshet i spørreskjemaet i to hovedtemaer, noe som kan være med på å tydeliggjøre effekter av kompetanseutvikling både på individnivå og systemnivå i arbeidsmiljøet.

Resultatene i undersøkelsen viste at jobbtilfredshet knyttet til Individfaktor (selvutfoldelse, variasjon i arbeidet, krav til rolle og ansvar, egenkontroll,

informasjon og kommunikasjon og arbeidsmengde) endret seg likt i begge utvalgene uavhengig av om en deltok i ABC aktivitetene eller ikke. Endringen var svært liten.

Summen av de forholdene som knytter seg til Systemfaktor (sosial støtte, tilhørighet og trivsel, forholdet til nærmeste leder og trygghet på jobben) endret seg derimot forskjellig i utvalgene i løpet av året. En mulig forklaring kan være effekt av arbeidet i ABC studiegrupper, med kompetanseutvikling som styrker kunnskapene hos deltakerne innad i gruppene, mens ansatte som ikke deltar i læringsprosessen heller ikke utvikler denne effekten.

Andre undersøkelser viser at det skjer en utvikling av holdninger hos ansatte som erverver ny kunnskap, og at dette medfører motivasjon til endringer i praksis. Om kunnskap skal overføres i praksis kan dette hindres i det psykososiale arbeidsmiljøet på grunn av ulik forståelse og holdninger hos andre ansatte (20). Motivasjon og trivsel er faktorer hvor det kan oppstå uenighet og spenninger mellom individene i det sosiale arbeidsmiljøet, noe som kan påvirke grad av jobbtilfredshet (17). Undersøkelser viser også at graden av «nytte-effekter» ved kunnskapsutvikling i praksis er avhengig av arbeidsenhetenes organisatoriske forhold, kultur og ledelse (21, 22).

Ledelse er en svært viktig faktor i det psykososiale arbeidsmiljøet i eldreomsorgen, og lederens rolle i organisasjonen er tilknyttet både system- og individnivå. Nærmeste leder, mellomlederne, har ofte det utøvende fag- og personalansvar i arbeidsenhetene, og er overordnet i forhold til økonomiske og fysiske rammer for praksisutøvelsen. Rapporter viser til at samspill mellom leder og ansatt ansees som det viktigste elementet for opplevelsen av det sosiale arbeidsmiljøet (23). En undersøkelse som er gjort i demensenheter i norske sykehjem viser at

ansatte opplevde mer belastende psykologisk stress knyttet til forhold i ledelse og organisasjon, enn til krevende arbeidssituasjoner overfor pasienter med alvorlig demensutvikling (24).

Kompetanseutvikling kan føre til målrettet endring av praksis. ABC studiemodellen er virksom og har rom for deltakelse, noe som også er en forutsetning for kompetanseutvikling.



KAPITTEL 5

Kartlegging 3

Bakgrunn

Som en oppfølging av prosjektet som ble gjennomført 2006-2007 (kartlegging 2) ble det i 2009 gjennomført en systematisk datainnsamling i forbindelse med oppstart av ABC grupper. Den samme kartleggingen ble gjentatt ett år etter at deltakerne startet på ABC (i 2010). Et av forholdene som ble kartlagt var hvordan deltakerne i ABC gruppene svarte på et strukturert spørreskjema om i hvor stor grad personalet opplever omsorgen som personsentrert.

Litt om personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg kan ses på som en fellesbetegnelse på behandlings- og omsorgsfilosofi som har til felles at de fokuserer på personen bak sykdommen ikke kun på sykdommen og de negative symptomene som sykdommen medfører. Ved personsentrert omsorg fornektes ikke at det er hjerneorganiske årsaker til demens og at andre somatiske tilstander også kan forverre symptomene. Det vektlegges imidlertid at en rekke forhold som assosieres med demens i like stor grad kan forstås ut fra psykologiske forhold, som hvordan personene med demens blir møtt av omgivelsene. Det er viktig at enhver person opplever å bli tatt på alvor og opplever å ha innflytelse på eget liv, men når ting blir vanskelig og uoversiktlig må de oppleve å få støtte og bli møtt med forståelse. Det å jobbe

personsentrert sier ikke noe om hva en skal gjøre, men hvordan en skal være sammen (25). For å få til god personsentrert omsorg kreves det en felles forståelse for denne måten å jobbe på. Det blir ikke bare den enkelte helsearbeiders forståelse av hvordan personen med demens skal møtes i forskjellige situasjoner, men en felles forståelse i hele miljøet for hvordan en skal være sammen. Hvordan dette miljøet fungerer, blir ofte beskrevet som omsorgskultur.

Målsetting

Hensikten med denne evalueringen er å se om der er noen forskjell i personalets holdninger til / opplevelse av personsentrert omsorg ved oppstart av ABC grupper og etter å ha deltatt et år i gruppene.

Materiale og metode

Data er hentet fra deltakere i 45 kommuner som startet med ABC grupper i 2009. Alle deltakere besvarte blant annet et spørreskjema («Personsentrert omsorg skjema» (p-cat) (26)) ved oppstart i september 2009. Etter ett år med grupper fikk de samme skjema til utfylling. Det var til sammen 606 deltakere som leverte inn skjema både i 2009 og i 2010. Alle i undersøkelsen deltok i ABC grupper, det var ingen kontrollgruppe.

Skjema for å måle i hvilken grad personalet opplever omsorgen som personsentrert

Skjemaet som ble benyttet, er utviklet i Sverige av David Edvardson m.fl. (26) Det består av 13 påstander som bevares med fem alternativer «helt uenig», «uenig», «verken enig eller uenig», «enig» og «helt enig» (se vedlegg 4). Disse gis verdien fra én til fem, og for å få totalskår summeres disse 13 skårene og deles deretter på 13. Det vil si at det blir en skala fra én til fem, der høy skåre er høyere opplevelse av personsentrert omsorg.

Den norske versjonen er evaluert og testet for validitet og test-retest reliabilitet (27). Rokstad m fl. fant ved faktoranalyse at to faktorer skilte seg ut. Det vil si at det var hensiktsmessig å analysere resultatene i to subskalaer. Den første var «grad av persontilpasset omsorg» som består av åtte av de 13 variablene (sp 1-7 og sp 13 [vedlegg 4]) og den andre var «grad av støtte fra miljøet» som besto av de resterende fem variablene (sp 8-12 [vedlegg 4]). På samme måte som for summen til hele skalaen, deles summen av skårene på den enkelte variabel på antall variabler i faktoren. Skalaen blir da gjennomsnittsskårer (en til fem).

Resultater

Det var 497 (82 %) av deltakerne som svarte på alle spørsmål både 2009 og 2010. Gjennomsnittsskårer for hele skjemaet var ved oppstart av gruppene 3,56 og ved avslutning et år senere 3,58. Dette er en ubetydelig forskjell.

Materialet ble deretter analysert i de to subskalaene (faktorene) som beskrevet over. Gjennomsnittsskårer ved oppstart for faktoren «grad av persontilpasset omsorg» var ved oppstart 3,49 og 3,57 ved avslutning. Denne forskjellen på 0,08 var statistisk signifikant ($p=0,001$). For «grad av støtte fra miljøet» var det en nedgang fra 3,67 til 3,62, denne forskjellen var ikke statistisk signifikant.

Diskusjon

Resultatene fra denne kartleggingen viser at når det gjelder «grad av persontilpasset omsorg» er det en liten, men statistisk signifikant økning i hva deltakerne svarer etter ett år med ABC grupper. Dette viser at det er en tendens til økt fokus på den enkelte pasient der hvor ansatte som har gått ABC grupper arbeider. Spørsmålene/påstandene i denne faktoren dreier seg om forhold hvor den enkelte ansatte kan påvirke hvordan ting gjøres (vedlegg 4). Disse spørsmålene/påstandene vil også i en viss grad gjenspeile hvilke holdninger den som svarer har til personsentret omsorg.

Faktoren som beskriver «grad av støtte fra miljøet» omfatter spørsmål/påstander som i større grad er avhengig av organisering, fysiske omgivelser, ledelse og samhandling personalet imellom (vedlegg 4). Her er den faktisk en liten og kanskje ubetydelig nedgang i opplevelsen av støtte fra miljøet. Sett i lys av resultatene fra Kartlegging 2 (se tidligere i rapporten) er dette likevel et interessant funn. Det tyder på at forhold som går på organisering og samhandling er vanskeligere å påvirke ved å gi de ansatte høyere kompetanse. Det kan til og med tenkes at økt kompetanse fører til at noen opplever disse forholdene mer negativt etter opplæring enn før.



KAPITTEL 6

Konklusjon

Kartlegging 1 i denne evalueringen viser at både kommunekontakter, avdelingsledere og ABC deltakere i hovedsak er fornøyd med ABC modellen på alle de målte områdene. Dette er basert på svar fra et meget stort antall av kommunene som deltar, eller har deltatt i ABC opplæringen, og kan derfor sies å være representativt for kommunene. Det er også kommuner og deltakere som har erfaring med flere av permene (deltatt i studieopplegget i mere enn ett år), dette viser at de gode erfaringene holder seg utover nyhetens interesse.

Ut fra erfaringene som kommer fram, ser det ikke ut til å være de store praktiske utfordringene med å gjennomføre studieopplegget i en kommune. Omlag halvparten oppga at det «absolutt ikke er krevende» eller «i liten grad krevende». Erfaringene viser også at seminarer og kontakt med fylkesmenn, kompetansemiljøer og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, er viktig. ABC opplæringen er ikke en hyllevare kommunen bare kan kjøpe og sette i gang med, det krever en organisering med oppfølging fra fagmiljøer.

I alle gruppene som blir spurt, ABC deltakere, kommunekontakter og avdelingsledere, svarer en meget stor andel at de er «enig» eller «helt enig» i alle påstandene om at ABC opplæringens nytteverdi. Det kommenteres imidlertid at kunnskapen må etterspørres i avdelingene av avdelingsleder, og at avdelingslederne trenger veiledning til dette.

Kartlegging 2 og 3 er ikke så entydige på effekt. I den grad det er effekt er det de individuelle eller personlige forholdene som enten er uforandret eller viser svak bedring. Systemfaktorer eller organisatoriske forhold er stabile eller viser svak nedgang. Dette kan ha flere forklaringer. For det første er det viktig å legge merke til at skårene i utgangspunktet er meget høye både på jobbtillfredshet og personsentrerte holdninger. Det skal faktisk en del til å få det bedre. For det andre har deltakerne i disse to kartleggingene kun gjennomført første perm i opplegget, det er ikke sikkert at «effekten» har kommet ennå. Til sist er det interessant å se alle kartleggingene samlet. Er det slik at kunnskapen skaper forventninger som organisasjonene ikke innfrir? Også kommentarene fra Kartlegging 1 kan tyde på dette. Avdelingsledere etterlyser veiledning for bedre å kunne bruke medarbeideres kompetanse i praksis.

Kunnskapen om hva som er best for pasient og pårørende øker og forventningene til å kunne gjøre noe med det øker. Dermed vil strukturelle og organisatoriske forhold lett kunne oppleves som hindringer i å forbedre omsorgen. På samme måte kan forventningene til kollegaer endres, man blir mer kritisk. Dette medfører at opplæring og dyktiggjøring av personell vil føre til utfordringer for organisasjonen. For å kunne nyttiggjøre seg potensialet som ligger i kompetanseheving, må det gjøres organisatoriske tilpasninger og det stiller store krav til ledelsen.



REFERANSER

1. Prop. 1 S (2010-2011) Proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2011. In: Omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2010.
2. Delplan til Omsorgsplanen 2015. «Den gode dagen». In: Omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2006.
3. St.meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid. In: Omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
4. Årsrapport 2009 (2010). Omsorgsplanen 2015. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
5. Delplan til Omsorgsplanen 2015. Kompetanseløftet 2015. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2006.
6. Rapport IS-1486. (2007). Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
7. Lov om helsetjenesten i kommunene, (1982). Kommunehelsetjenesteloven. In: Helse og omsorgsdepartementet (1984)
8. Veileder IS-1162 (2005). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015). ...OG BEDRE SKAL DET BLI! . In: helsedirektoratet S-o, editor. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
9. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v, (2003).
10. Forskrift om en verdig eldreomsorg (2010). Verdighetsgarantien. Fastsatt etter lov av 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester.
11. Solheim K. Å ha kontakt med hode, hender og hjerte. Selvdrevne og tverrfaglige studiegrupper i arbeidstiden. En opplæringsmodell til bruk i primærhelstjenesten. Nasjonalt geriatriprogram 1994-99. Rapport nr. 1/01. ISSN 1501-620X.
12. Demensplan 2015 - Kompetansehevende tiltak i kommunene - Informasjon til kommuner om iverksetting og drift av ABC studiegrupper. In: Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse; 2011.
13. Illeris K. Læring i arbeidslivet. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag; 2004.
14. Gustavsson B. Kunnskapsfilosofi. Tre kunnskapsformer i historisk belysning. Smedjebacken: Fäth & Hässler; 2000.
15. Wadel C. En lærende organisasjon. Et mellommenneskelig perspektiv. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS; 2008.
16. Vygotski L. Tenking og tale Red. av Alex Kozulin. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.

17. Sund A. Selektiv helseovervåking med fokus på psykososialt arbeidsmiljø. In: Moen B, editor. Håndbok for bedriftshelsetjenesten, del 3. Oslo: Arbeidsmiljøforlaget.; 2003.
18. Lau B. 0-punkts undersøkelse sykehjem. Sammen for et godt arbeidsmiljø, 3 parter-2 bransjer-1 mål. STAMI-rapport Nr. 25, årg. 9, 2008. ISSN nr .15-02-0932.
19. Metoder og metodeproblemer [Internett]: Norsk arbeidsmedisinsk forening; [cited 2011 5. september]; Available from: <http://amv.legehandboka.no/psykososialt-arbeidsmiljo-metoder-og-metodeproblemer-5-1-vedlegg-1-11646.html>.
20. Lintern T. Training is not enough to change care practice. *Int Journal of Dementia Care*2000;03/04:15-17.
21. Lintern T. Improving Quality in Dementia Care. Relation between care staff attitudes, behavior and resident quality of life. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller Aktiengesellschaft & co; 2009.
22. Testad I, Aasland AM, Aarsland D. The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*2005;20(6):587-90.
23. Skogstad A. Brukerveiledning QPS Nordic. Generelt Spørreskjema om psykologiske og sosiale faktorer i arbeidet. Oslo: STAMI-rapport, årg 2, nr 1, 2001. ISSN: 1502-0932
24. Testad I, Mikkelsen A, Ballard C, Aarsland D. Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*2009 Oct 27.
25. Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol*2008 Apr;7(4):362-7.
26. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R, Gibson S. Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Int Psychogeriatr* Feb;22(1):101-8.
27. Rokstad AMM, Engedal K, Edvardsson D, Selbæk G. Psychometric evaluation of the Norwegian version of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Journal of Nursing Practice*2011;In print.

VEDLEGG 1. Spørreskjema Kartlegging 1

2234194465



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

--	--	--	--

SPØRRESKJEMA til kommunens kontaktperson og avdelingsleder

Evaluerings av "Demensomsorgens ABC" og "Eldreomsorgens ABC"

Veiledning for utfylling:

Skriv tydelig. Bruk blå eller svart penn. Alle spørsmål besvares.

Ved feil avkrysning - sett parentes rundt feilen og sett nytt kryss i riktig rute.

Originalskjema returneres - det må ikke tas kopi av skjemaet da skjemaet skal leses elektronisk.

Legg det utfylte skjemaet i konvolutt og send det til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Utfylt skjema regnes som samtykke til å delta.

Kommunennummer

--	--	--	--

Dato for utfylling

--	--	--	--	--	--	--	--

Skjemaet er besvart av (kryss av for begge hvis du har begge roller)

☐ Kommunens kontaktperson ☐ Avdelingsleder

INFORMASJON OG SAMARBEID

	Ja absolutt	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Absolutt ikke
Vi har fått tilstrekkelig informasjon om faglig innhold og oppbygging av opplæringsmodellen ABC	☐	☐	☐	☐	☐
Vi er tilstrekkelig informert om ansvar og oppfølging av oppstartsseminar og fagseminar	☐	☐	☐	☐	☐
Vi er tilstrekkelig informert om økonomiske forhold	☐	☐	☐	☐	☐
Vi er tilstrekkelig informert om Fylkesmannens rolle innen ABC satsingen	☐	☐	☐	☐	☐
Vi er tilstrekkelig informert om utviklingssenterne og kompetansemiljøene sin rolle innen ABC satsingen	☐	☐	☐	☐	☐
Kontakten med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse er avgjørende for gjennomføringen av ABC-modellen	☐	☐	☐	☐	☐
Det er lett å få hjelp og støtte ved kompetansemiljøene/utviklingssenterne og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse når jeg tar kontakt	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunens kontaktperson avklarer med lokale ledere hvilke avtaler deltakerne har i forhold til arbeidstid/fritid/avspaseringsmuligheter	☐	☐	☐	☐	☐
ABC studiemodellen er krevende administrativt for avdelingslederne	☐	☐	☐	☐	☐

Side 1

--	--	--	--

SEMINARENE

Studiedeltakerne får seminar ved oppstart

☐ Ja☐ Nei

Hvis nei, hvorfor?.....

Studiedeltakerne får 2 seminarer pr. studieperm

☐ Ja☐ Nei

Hvis nei, hvorfor?.....

ABC-PROGRAMMETS NYTTEVERDI

	Helt enig	Litt enig	Verken enig eller uenig	Litt uenig	Helt uenig
Opplæring over tid (1 år pr perm) har større læringseffekt enn dagskurs	☐	☐	☐	☐	☐
Deltakerne bruker fagkunnskapen fra ABC programmet i arbeidet	☐	☐	☐	☐	☐
Deltakelse i ABC studiegruppen har påvirket forholdet til pasientene	☐	☐	☐	☐	☐
Deltakelse i ABC studiegruppen har påvirket forholdet til pårørende	☐	☐	☐	☐	☐
Å delta i ABC studiegrupper stimulerer til at noen tar utdanning som helsefagarbeider og videreutdanninger innen eldreomsorg og demens	☐	☐	☐	☐	☐
Assistenten og personell uten helsefaglig utdanning styrker basiskompetansen om eldreomsorgen	☐	☐	☐	☐	☐
Personell med helsefaglig utdanning styrker basiskompetansen om eldreomsorgen	☐	☐	☐	☐	☐
Fremmedspråklige deltakere styrker norskkunnskapen ved å delta i ABC studiegrupper	☐	☐	☐	☐	☐
ABC studiemodellen er en helhetlig læringspakke som henvender seg til både de med liten helsefaglig kompetanse og de som har mer kompetanse	☐	☐	☐	☐	☐
ABC studiegruppen øker deltakelsen i drøftinger om faglige spørsmål i personalgruppen	☐	☐	☐	☐	☐
Deltakerne stimuleres til aktivt å delta i refleksjoner rundt faglige og etiske spørsmål	☐	☐	☐	☐	☐

Avspasering time for time?	☐ Ja	☐ Nei	☐ Vet ikke
Avspasering hvis gruppesamlinger og seminarer kommer på fridager?	☐ Ja	☐ Nei	☐ Vet ikke
Oppsamling av tid på tidskonto?	☐ Ja	☐ Nei	☐ Vet ikke
Deltakerne får stipend for å fullføre ABC-programmet på fritiden?	☐ Ja	☐ Nei	☐ Vet ikke
Hvis ja, på kr.:.....			
Deltakerne får lønnskompensasjon for gjennomføringen av en ABC perm?	☐ Ja	☐ Nei	☐ Vet ikke
Hvis ja, på			
Får deltakerne noen annen form for godtgjøring.	☐ Ja	☐ Nei	☐ Vet ikke
Hvis ja, hvilke?.....			

REKRUTTERING	Helt enig	Litt enig	Verken enig eller uenig	Litt uenig	Helt uenig
Å delta i ABC studiegruppe må være frivillig	☐	☐	☐	☐	☐
Omdømme og godord fra deltakerne er viktigst i rekrutteringen	☐	☐	☐	☐	☐
En informasjonsfilm ville være nyttig i rekrutteringen av nye deltakere til ABC-grupper	☐	☐	☐	☐	☐

Mener du at det bør være en avsluttende prøve for godkjenning
av Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC? ☐ Ja ☐ Nei

Opplever du at ABC programmene gir økt kompetanse til å arbeide i eldreomsorgen?

☐ ja absolutt ☐ i stor grad ☐ i noen grad ☐ i liten grad ☐ absolutt ikke

—Andre kommentarer

VEDLEGG 2. Spørreskjema Kartlegging 1

6489104978



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

--	--	--	--

SPØRRESKJEMA til ABC deltaker

Evaluering av "Demensomsorgens ABC" og "Eldreomsorgens ABC"

Veiledning for utfylling:

Skriv tydelig. Bruk blå eller svart penn. Alle spørsmål må besvares.

Ved feil avkrysning - sett parentes rundt feilen og sett nytt kryss i riktig rute.

Originalskjema returneres - det må ikke tas kopi av skjemaet da skjemaet skal leses elektronisk.

Legg det utfylte skjemaet i konvolutt og send det til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Utfylt skjema regnes som samtykke til å delta.

Kommunennummer

--	--	--	--

Dato for utfylling

--	--	--	--	--	--	--	--

STUDIEGRUPPER

	Ja absolutt	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Absolutt ikke
Deltakerne i studiegruppen styrer selv gruppen uten hjelp fra andre.	☐	☐	☐	☐	☐
Studiegruppene orienterer avdelingsleder om fremdriften i gruppen	☐	☐	☐	☐	☐
Studiegruppen lager sin egen skriftlige kontrakt som er en avtale om hvordan gruppen skal fungere	☐	☐	☐	☐	☐
Studiegruppen har diskutert og blitt enige om hvilken ledelse de ønsker?	☐ Ja	☐ Nei	☐ Vet ikke		
Hvis ja, gruppen har valgt					
En fast leder	☐	Ledelse på omgang	Tilfeldig ledelse	Annen	
		☐	☐	☐	
Når har studiegruppen gruppesamlinger?					
Dagtid	☐	Mellom dagvakt og kveldsvakt	Kveldstid	Annen tid	
		☐	☐	☐	

Side 1

--	--	--	--

STUDIEPERMENE

Hvilke studiehefter har dere erfaring med?

Demensomsorgens ABC ☐

Eldreomsorgens ABC ☐

Både Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC ☐

	Ja absolutt	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Absolutt ikke
Språket i heftene er lett å forstå og tilpasset en tverrfaglig tilnærming i studiegruppen	☐	☐	☐	☐	☐
Studieheftene gir deltakerne faktakunnskap og praksisnære eksempler fra eldreomsorgen	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeidsoppgavene og spørsmålene i heftene gir ettertanke, refleksjon og diskusjon i studiegruppen	☐	☐	☐	☐	☐
Studieheftene er med på å utvikle tverrfaglig forståelse og kunnskap hos gruppedeltakerne	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeid med fagstoffet gir nye oppdagelser innen faget eldreomsorg	☐	☐	☐	☐	☐

Blir lydbøkene benyttet?: ☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, av hvem?

De med lese og skrivevansker ☐ Fremmedspråklige ☐ Andre ☐

SEMINARENE

Studiedeltakerne får seminar ved oppstart ☐ Ja ☐ Nei

Hvis nei, hvorfor? _____

Studiedeltakerne får 2 seminarer pr. studieperm ☐ Ja ☐ Nei

Hvis nei, hvorfor? _____

	Ja absolutt	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Absolutt ikke
Seminarene gir motivasjon til å arbeide videre med studiemodellen	☐	☐	☐	☐	☐
Seminarene gir faglig påfyll	☐	☐	☐	☐	☐
Seminarene gir mulighet til å dele erfaringer med andre	☐	☐	☐	☐	☐
Seminarene gir inspirasjon til å komme videre med gruppeprosessen	☐	☐	☐	☐	☐

--	--	--	--

ABC-PROGRAMMETS NYTTEVERDI

	Helt enig	Litt enig	Verken enig eller uenig	Litt uenig	Helt uenig
Opplæring over tid (1 år pr perm) har større læringseffekt enn dagskurs	☐	☐	☐	☐	☐
Deltakerne bruker fagkunnskapen fra ABC programmet i arbeidet	☐	☐	☐	☐	☐
Deltakelse i ABC studiegruppen har påvirket forholdet til pasientene	☐	☐	☐	☐	☐
Deltakelse i ABC studiegruppen har påvirket forholdet til pårørende	☐	☐	☐	☐	☐
Å delta i ABC studiegrupper stimulerer til at noen tar utdanning som helsefagarbeider og videreutdanninger	☐	☐	☐	☐	☐
Assistenter og personell uten helsefaglig utdanning styrker basiskompetansen om eldreomsorgen	☐	☐	☐	☐	☐
Personell med helsefaglig utdanning styrker basiskompetansen om eldreomsorgen	☐	☐	☐	☐	☐
Fremmedspråklige deltakere styrker norskkunnskapen ved å delta i ABC studiegrupper	☐	☐	☐	☐	☐
ABC studiemodellen er en helhetlig læringspakke som henvender seg til både de med liten helsefaglig kompetanse og de som har mer kompetanse	☐	☐	☐	☐	☐
ABC studiegruppen øker deltakelsen i drøftinger om faglige spørsmål i personalgruppen	☐	☐	☐	☐	☐
Deltakerne stimuleres til aktivt å delta i refleksjoner rundt faglige og etiske problemstillinger	☐	☐	☐	☐	☐

--	--	--	--

REKRUTTERING

	Helt enig	Litt enig	Verken enig eller uenig	Litt uenig	Helt uenig
Å delta i ABC studiegruppe må være frivillig	☐	☐	☐	☐	☐
Omdømme og godord fra deltakerne er viktigst i rekrutteringen	☐	☐	☐	☐	☐
En informasjonsfilm ville være nyttig i rekrutteringen av nye deltakere til ABC-grupper	☐	☐	☐	☐	☐

Mener du at det bør være en avsluttende prøve for godkjenning av Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC?

☐ Ja

☐ Nei

Opplever du at ABC programmene gir økt kompetanse til å arbeide i eldreomsorgen?

☐ ja absolutt

☐ i stor grad

☐ i noen grad

☐ i liten grad

☐ absolutt ikke

Andre kommentarer

TAKK FOR HJELPEN!

VEDLEGG 3. Spørreskjema Kartlegging 2



37218

Jobbtilfredshet i sykehjem - en intervensjonsstudie

Vigdis Drivdal Berentsen

Dato for utfylling

ID nr

Antall år du har

arbeidet i sykehjemmet:

☐ 0-1 år ☐ 1-5 år ☐ 5-10 år ☐ 10-15 år ☐ mer enn 15 år

Stillingsstørrelse:

☐ 100% ☐ 75-100% ☐ 50-74% ☐ 25-49% ☐ mindre enn 25%

Yrke:

☐ Ufaglært ☐ Hjelpepleier ☐ Omsorgsarbeider ☐ Sykepleier
☐ Vernepleier ☐ Aktivitør ☐ Ergoterapeut ☐ Fysioterapeut

☐ Annet, spesifiser: _____

Videreutdanning:

☐ Ingen ☐ Psykiatri ☐ Geriatri

☐ Annet, spesifiser: _____

Deltar du, eller skal du delta i studiegrupper
med eldreomsorgens ABC i inneværende år:

☐ Ja ☐ Nei

Hvordan vil du beskrive din generelle følelse av jobbtilfredshet? Grader fra 1-6, slik:

1 = Meget dårlig 4 = Rimelig bra
2 = Dårlig 5 = Bra
3 = Tvilssomt 6 = Meget bra

Sett kryss i den ruten som best beskriver din
generelle jobbtilfredshet

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet Arne Sund	Tilfredshet					
	Meget dårlig			Meget bra		
Arbeidsmengde - vurdering av arbeidspress, tidspress, overtid	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Variasjon - at oppgavene er varierte og menigsfulle	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Egenkontroll - innflytelse og medansvar på egne oppgaver	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Sosial støtte - fellesskapet og samarbeidet med kolleger	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Selvutfoldelse - mulighet for personlig og faglig utvikling	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Krav til ansvar, kvalitet og arbeidsrolle - er klare og tilpasset ulikhet for personlig og faglig utvikling	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Ledelse - forholdet til nærmeste overordnede - Veiledning, praktisk hjelp, samarbeide, medmenneskelig støtte	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Informasjon og kommunikasjon - god, åpenhet, lett å bli hørt	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Trygghet på jobben - at jobben din ikke står i umiddelbar fare	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Tilhørighet og trivsel- i arbeidsenheten	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

Veiledning på baksiden!

Veiledning for utfylling

Ikke kopier! Skriv tydelig!

Det må ikke tas kopi av skjemaet på grunn av at skjemaet skal leses elektronisk.

Ved utfylling av skjemaet tar du utgangspunkt i situasjonen siste året, eller kortere tid hvis du ikke har vært ansatt så lenge som ett år. For hvert problemområde ønsker vi at du besvarer: **Hvor tilfreds er du?** Vurderingen av tilfredshet for hvert av problemområdene uttrykkes med et tall fra 1 – 6 slik:

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1 = Meget dårlig | 4 = Rimelig bra |
| 2 = Dårlig | 5 = Bra |
| 3 = Tvilson | 6 = Meget bra |

Du besvarer spørsmålet ved å krysse av ditt vurderingstall i riktig boks på skalaen 1 – 6

Under følger utdyping av punktene på forsiden:

1. **Arbeidsmengde og tidspress** - Arbeidsmengde, tempo, mas, tidspress, tidefrister, pålagt overtidarbeid. Tilstrekkelige ressurser for å løse oppgavene? Arbeidsglede?
2. **Varierte, meningsfylte, interessante oppgaver.** Interessante utfordringer, meningsfylte oppgaver. Ensidig og lite variert arbeid, stadige gjentakelser
3. **"Egenkontroll" – frihet og selvstendighet på egne arbeidsoppgaver.** Frihet og selvstendighet på egne arbeidsoppgaver uten detaljstyring og streng kontroll. Kan bruke mine kunnskaper, improvisere og benytte min kreativitet når situasjonen tilsier det.
4. **Kollegial støtte og fellesskap.** Bli satt pris på, føler seg trygg, ha et godt samarbeid.
5. **Selvtillfreds og egenutvikling.** Får brukt evner og kvalifikasjoner. Det er rom for personlig utvikling, kompetanseutvikling og etterutdanning. Motivasjonen for å "stå på".
6. **Krav til ansvar, kvalitet og arbeidsroller.** Ansaret er rimelig i forhold til evner og kvalifikasjoner. Følelse av "ansvarsstress", bekymring for kvaliteten på arbeidet, uklare forventninger og uklare roller.
7. **Ledelse: Forholdet til nærmeste overordnet med personellansvar.** Er lederen i det daglige på en positiv måte opptatt av problemene i det praktiske arbeidet, samarbeidet, gode tilbakemeldinger og god medmenneskelig støtte? Gode medarbeidersamtaler? Følelse av å bli tatt vare på med naturlig omsorg?
8. **Informasjon og kommunikasjon.** Informasjonen er aktuell, tilstrekkelig og lett å forstå. Lederen er lett tilgjengelig og det er lett å bli hørt.
9. **Trygghet for jobben din – omstillingsproblemer.** Om ny teknologi og omstillinger setter din arbeidsplass i fare.
10. **Tilhørighet og trivsel i arbeidsenheten.** Man blir satt pris på, føler sterk tilknytning, er nærmest stolt av å arbeide i enheten.

Anonymitet

Dette skjemaet skal leveres anonymt. Det legges i vedlagte konvolutt og konvoluttene forsegles og leveres til ledelsen som sender ditt skjema til prosjektledelsen. Dataene vil bli analysert under ett, og avdelingen vil ikke få tilbakemelding om data på stillingsstørrelse eller faggruppenivå. Dette gjør det umulig å finne ut hva enkeltpersoner har svart.

Mange takk for hjelpen!

VEDLEGG 4. Spørreskjema kartlegging 3

0690249099

ID-nr.

(Ikke skriv her)

Personsentrert omsorg

Brukerveiledning:

Hensikten med dette spørreskjemaet er å måle i hvilken grad personalet på arbeidssedet opplever omsorgen som personsentrert. Spørreskjemaet består av 13 utsagn om hvordan omsorgen utøves. Vi ber deg ta stilling til i hvilken grad disse utsagnene stemmer overens med dine erfaringer fra ditt arbeidssted. Sett et kryss i boksen med det svaralternativet som samsvarer best med din opplevelse. Det er viktig at du besvarer alle spørsmålene. Dersom du er usikker, skal du krysse av på det alternativet som passer best.

	Helt uenig	Uenig	Verken enig eller uenig	Enig	Helt enig
1. Vi diskuterer ofte hvordan vi kan yte personsentrert omsorg	☐	☐	☐	☐	☐
2. Vi har regelmessige teammøter der vi diskuterer hvordan vi skal gi beboerne omsorg	☐	☐	☐	☐	☐
3. Beboernes livshistorie brukes rutinemessig i planleggingen av omsorgen	☐	☐	☐	☐	☐
4. Kvaliteten på samhandlingen mellom personalet og beboerne er viktigere enn å få oppgavene unnagjort	☐	☐	☐	☐	☐
5. Vi har anledning til å endre arbeidsrutiner etter beboernes ønsker	☐	☐	☐	☐	☐
6. Beboerne gis mulighet til deltakelse i dagligdagse aktiviteter på individuell basis	☐	☐	☐	☐	☐
7. Jeg har faktisk ikke tid til å yte personsentrert omsorg	☐	☐	☐	☐	☐
8. Miljøet oppleves kaotisk	☐	☐	☐	☐	☐
9. Vi må få arbeidsoppgavene unnagjort før vi kan tenke på å skape et hjemmekoselig miljø	☐	☐	☐	☐	☐
10. Denne arbeidsplassen hindrer meg i å yte personsentrert omsorg	☐	☐	☐	☐	☐
11. Beboernes behov vurderes daglig	☐	☐	☐	☐	☐
12. Det er vanskelig for beboerne å finne frem i avdelingen	☐	☐	☐	☐	☐
13. Beboerne kan bruke uteområdet når de måtte ønske det	☐	☐	☐	☐	☐

Kompetanseløft på arbeidsplassen

I 2007 fikk Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i oppdrag av Helsedirektoratet å utvikle studiematerialet Demensomsorgens ABC som en del av Demensplan 2015. Materialet var en videreutvikling av Eldreomsorgens ABC som hadde vært i bruk og prøvet ut over en årrekke. Målet med Demensomsorgens ABC var å øke kunnskap om demens og behandling hos personell i helse- og omsorgstjenesten. Studiemodellen er basert på tverrfaglige studiegrupper der deltakerne leser fagstoffet på egen hånd og med utgangspunkt i arbeidsoppgaver i studieheftene, diskuterer stoffet ut fra egen praksis.



Kari Rudningen Fossli (f. 1956)

Sykepleier. Grunnfag i administrasjon/ledelse og yrkespedagogikk. Arbeidet som sykepleier, leder og prosjektkoordinator i kommunal eldreomsorg og lærer i den videregående skole. Ansatt som ABC medarbeider ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Tar master i klinisk helsearbeid innen eldreomsorg og aldring ved Høgskolen i Buskerud.

Kari har redigert begge
«damene»



Betty Sandvik Døble (f. 1960)

Sykepleier. Utdanninger og kurs innen personaladministrasjon og ledelse og videreutdanning i psykisk helsearbeid. Arbeidet som sykepleier og leder i kommunal eldre- og demensomsorg fra 1983 til 2009. Ansatt som ABC koordinator/prosjektleder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Tar mastergrad i psykisk helsearbeid ved Universitet i Agder.

Arnfinn ser på
dette:



Øyvind Kirkevold (f. 1958)

Sykepleier, MPH, dr. philos. Forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, og førsteamanuensis ved Universitetet i Agder. Klinisk praksis fra alderspsykiatri og eldreomsorg. Erfaring fra arbeid som underviser, prosjektleder og fagforfatter.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Forlaget Aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50, Fax: 33 33 21 53
E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no