

**Hva tilfører artikkelen?**

Videreutdanning og kurs til ansatte i kommunehelsetjenesten er viktig, tilpasset den hverdagen pleiepersonalet arbeider i med fleksibilitet når det gjelder deltakelse, tid og sted.

**Hva vet vi fra før?**

En fireårig handlingsplan for kompetansereform ble utviklet av Utdannings- og forskningsdepartementet i 1999. Målet var å bidra til å dekke samfunnets behov for kompetanse, og gi den enkelte

mulighet for faglig utvikling og bedret kompetanse i det daglige arbeid.



Kompetansereformen har som mål å gi bedre muligheter for opplæring og kompetanseheving. I kommunehelsetjenesten kan det være vanskelig å arrangere kurs for alle på grunn av skiftarbeid, deltidsarbeid og

arbeidsbyrde. Denne artikkelen foreslår en måte å implementere et utdanningsprogram som en del av den daglige rutinen med en kort undervisning og videre veiledninger på avdelingen. Forutsetninger som fleksibilitet, tid og

sted er essensielle for å lykkes. Modellen ble testet på ansatte ved et sykehjem med tema «Livshistorier som en metode til å skape gode relasjoner mellom pasient og pleiepersonell».

### Nøkkelord

- Utdanning
- Personalutvikling
- Læringsmiljø
- Klinisk veileder

### Mer om forfatteren

Sykepleier, stipendiat  
Høgskolen i Buskerud,  
Institutt for medisinske basalfag,  
Avdeling for atferdsfag,  
Universitetet i Oslo  
Linda.Bakken@hibu.no

### Copyright

Artikkelen er tidligere publisert i  
Klinisk Sygepleje 2007, vol. 21, no 3,  
pp64–68.

# » Kompetanseheving for personale i kommunehelsetjenesten

Forfatter: **Linda N. Bakken**

Foto: **Stig Weston**

En fireårig handlingsplan for kompetansereform ble utviklet av Utdannings- og forskningsdepartementet i Norge i 1999. Denne planen har som formål å sikre voksne etter- og videreutdanning og dermed gi mulighet til kompetanseutvikling og livslang læring. Dette er viktig for å møte den utvikling og endring som vil komme i samfunnet i årene fremover, både teknologisk og kunnskapsmessig. Hovedelementene i reformen er rettet mot opplæring og verdsetting av realkompetanse. Et overordnet mål var å bidra til å dekke samfunnets behov for kompetanse, og gi den enkelte mulighet for faglig utvikling og bedret kompetanse i det daglige arbeid (1).

I kommunehelsetjenesten, både i hjemmetjeneste og på institusjoner, arbeider mange i lave stillingsprosjenter og i skiftarbeid. Det er derfor vanskelig å tilpasse kurs og videreutdanning til denne gruppen arbeidstakere. For å sikre at de tjenester helsepersonellet yter er av faglig god kvalitet, er det viktig at deres kunnskaper oppdateres og videreutvikles. I forbindelse med gjennomførin-

gen av min hovedfagsstudie ved Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo, utarbeidet jeg et læringsprosjekt for personalet ved et sykehjem i Norge. Prosjektet var tilpasset den hverdagen pleiepersonalet arbeider i, med fleksibilitet når det gjaldt deltakelse, tid og sted. Denne artikkelen skisserer en modell for kompetanseheving basert på dette prosjektet (2). Det er lagt vekt på rammene for undervisning og veiledning, samt de praktiske detaljer som var viktige for gjennomføring av læringsprosjektet.

### LÆRINGSPROSJEKTET

Tolv stykker av personalet, fra tre ulike avdelinger, ble spurt om de ville delta i et lite prosjekt. Det var både sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter.

En undervisning på 90 minutter ble gitt to ganger samme uken, for at alle kunne tilpasse det best mulig til arbeidstiden og få anledning til å være med. En kort undervisning er lettere gjennomførbare i arbeidsdagen på et sykehjem. Grupper på fem–seks personer er ideelt for å skape et trygt miljø (3) hvor alle kan komme frem med sine synspunkter. Undervisningen ble avholdt på

sykehjemmet, slik at alle var kjent og det var enkelt å komme fra.

Undervisningens overordnede mål var å presentere viktigheten av å kjenne til pasientenes livshistorie. Intensjonen var å «tenne en interesse» hos deltakerne ved å presentere pasientene som individuelle og «levende» personer. Jeg fortalte om hvordan arbeid med pasientenes livshistorie kunne inngå som en del av den daglige samhandlingen med pasientene.


Fortellinger (narrativer) fra en fiktiv persons liv var utgangspunkt for undervisningen. Fortellinger er meningsfulle og meningsbærende (4) og narrativ forståelse kan gi tilgang til menneskelig forståelse og innsikt (5). Sammen reflekterte vi over narrativene, hvordan de kunne tolkes og forstås på ulike måter. Deltakerne ble oppfordret til å bidra med anonyme narrativer fra sin egen praksis, slik at alle var aktive i undervisningen. Deltakende læring med aktivitet og engasjement fremmer evnen til å lære (6). Det var viktig å skape en allianse med deltakerne (7) og ved hjelp av gode spørsmål kunne jeg som lærer åpne veien for dialog som fremmer tilegnelse av kunnskap (8). Undervisningsmateriale ble utdelt, sammen med to ark

med noen stikkord og spørsmål. Stikkordene var «barndom, ungdom og voksne liv», «venner», «fritidssysler», «utdanning og jobb» og liknende, samt noen spørsmål om minner fra høytider i et kalenderår. Dette var ment som et hjelpemiddel til samtale mellom deltakerne og pasientene. Ethiske problemstillinger som positive og negative erfaringer rundt samtaler med pasienter om deres tidligere liv ble belyst, både fra pasienters og personalets side. Helsepersonells taushetsplikt ble også diskutert, med fokus på hva som kunne fortelles til andre ansatte på avdelingen.

Undervisningen var starten på en læreprosess som skulle fortsette gjennom egeninnsats og gruppeveiledninger. Deltakerne valgte seg ut en pasient på den avdelingen de arbeidet. I det daglige arbeidet skulle de samtale med pasienten om hans eller hennes minner fra livet før de kom inn på institusjonen. De hadde selv ansvaret for å spørre pasientene om de ville delta i prosjektet, og forklare at det innebar at historiene ville bli gjenfortalt i en veiledningsgruppe. Det ble dannet en gruppe av fire personer på hver av de tre avdelingene. Hver annen uke hadde vi veiledning i gruppene, ledet av undertegnede. Veiledningene ble avholdt den dagen i uken hvor flesteparten av deltakerne var på jobb, og i skiftet mellom dagvakt og kveldsvakt, slik at de som skulle på kveldsvakt også kunne være med.

Veiledning defineres som en systematisk og personlig læreprosess, hvor kunnskap, erfaring, visdom og kloket er hjelpemidler til reflektert erkjennelse. Ytre og indre rammer for veiledningen bør avklares og skriftlige kontrakter kan være hjelp til å overholde disse avtalene (9). Veiledning bør foregå over tid, til avtalte klokke-

slett og med de samme personene til stede (10). De indre rammene bestemmer veiledningens innhold og formål. Veileders oppgave er å forløse gruppens faglighet og stimulere til innhenting av mer kunnskap (10). Veiledningens hovedhensikt er å legge til rette for videreutvikling av yrkesutøverens kompetanse (9). Refleksjon er en mental prosess i veiledningen, den aktiverer alle sider ved personligheten, både tanker og følelser (11). Refleksjon rundt et tema eller en hendelse omfatter en klargjøring av egne tanker og følelser. Veiledning kan forebygge utbrent-

 **Forskning viser at sykepleiefaglig veiledning bidrar til økt selvsikkerhet i evne til å ta beslutninger, spesielt i etisk vanskelige situasjoner.**

het, og bidra til økt arbeidsglede og et godt arbeidsmiljø (12). I en temaveiledning er det gruppens forhold til en bruker eller et faglig tema som er i fokus. En temaveiledning virker ikke truende fordi den har fokus på gruppen og ikke på den enkelte. Temaveiledning er godt egnet for de som ikke har erfaring med veiledning og kan danne grunnlaget for en begynnelse til faglig veiledning (10).

Forskning viser at sykepleiefaglig veiledning bidrar til økt selvsikkerhet i evne til å ta beslutninger, spesielt i etisk vanskelige situasjoner. Det hjelper sykepleierne til å støtte pasienter og å ta ansvar for den pleien som gis. (13). Veiledning som gir sykepleiere respons og bekreftelse på sine følelser, er viktig for deres yrkesglede og tilfredsstillelse i

arbeidet, og for deres faglige og menneskelige utvikling (14). Et læringsprosjekt som favner over ulike yrkesgrupper vil fremme et tverrfaglig samarbeid i praksis. Det er viktig at ledelsen gir støtte i et læringsprosjekt og at ytre forhold legges til rette. Arbeidsgiver stilte i dette prosjektet lokaler til rådighet og ga deltakerne rett til å avspasere tid dersom deltakeren i prosjektet gikk ut over deres arbeidstid. Læringsprosjektet oppfyller det handlingsplanen sier om at det skal stimuleres til videreutvikling av opplærings tilbud med arbeidsplassen som læringsarena (1).

## UNDERVISNING OG VEILEDNING

Det var nøye planlagt hvordan undervisningen skulle gjennomføres med hensyn til tid og sted. Mange av deltakerne hadde anledning til å være med i morgenstellet på avdelingen, fordi undervisningen var lagt til en tid på dagen hvor arbeidspresstet var mindre. En av undervisningene ble flyttet til en annen dag fordi det oppsto en akutt situasjon som berørte mange av deltakerne. Det var elleve av tolv som hadde anledning til å være med på undervisningen. Jeg hadde anledning til å være fleksibel og lokaler var tilgjengelige. Dette skapte grunnlag for høy deltakelse. Undervisningslokaler til en liten gruppe på fem-sju medlemmer er en rammebetingelse som kan oppfylles på mange norske sykehjem. Flexibilitet og lokaler er med på å tilfredsstille mål 2 i handlingsplanen (1) som sier at rammevilkårene skal legges mest mulig til rette for den enkelte.

Alle deltakerne var positive til bruk av narrativer i undervisningen. «Dette gjorde det lett å forstå» sa en av deltakerne og «med historier ser man mennesket.»

Narrativer forbinder teori og praksis (15). En annen sa: «Jeg husker historiene, men ikke notatene fra undervisningen». «Historiene setter i gang tanker», og de fortalte mange historier fra egen praksis. En sa «vi har mye å lære av hverandre». Dette vitnet om respekt for andres kunnskaper, alle kunne bidra og realkompetansen ble verdsatt. Deltakende læring har vist seg å gi resultater i en læringsprosess, og dersom deltakerne følte at deres bidrag var av interesse for flere kunne dette skape motivasjon for læring (3). Flere vektla det som positivt at undervisningen foregikk i en liten gruppe, der alle kunne få anledning til å si noe. Ikke alle ønsket å snakke i store grupper, dette samsvarer med tidligere undersøkelser (3). Undervisningsmaterialet ble lite brukt i etterkant av undervisningen, men arkene med stikkordene ble derimot brukt av alle. De beskrev det som vanskelig å starte samtalene med pasientene og her var stikkordene til god hjelp. Det har i ettertid blitt utarbeidet en mal for innsamling av pasienters livshistorie. I utarbeidelsen av denne malen har både pasienter, pårørende og pleiepersonalet deltatt (16). Studien fant at prosessen med innsamling og hvilke tema som ble tatt opp av livshistorien også var viktig for å skape en god relasjon mellom pasient og personale (16). Dette kan være til hjelp i et videre arbeid med og om livshistorier.

Siden møterammen for læringsprosjektet måtte være fleksibel for å passe inn i hverdagen var det ikke mulig å følge opp alle kriteriene for rammer i veiledning som anbefales om fast fremmøte, medlemmer, tid og sted (10). Medlemmene i gruppen var de samme selv om ikke alle møtte til alle veiledningene. Gjennomsnittlig møtte tre av fire

stykker opp på hver veiledning, noe som må sies å være en høy deltakelse. Enkelte av deltakerne stilte også opp på fridager, uten at det var noe krav om dette. Dette er et tegn på engasjement og egeninteresse i prosjektet. I en gruppe er det ofte noen som snakker mer enn andre. Min oppgave som veileder var å hjelpe alle deltakerne til å videreformidle sine pasienters historier, og å stille oppklarende spørsmål. Deltakerne sa at de lærte mye av hverandre, noe som bekrefter utsagnet om at veiledning kan gi betydningsfull og profesjonell assistanse i individers og

” Deltakerne var vant til å jobbe sammen, men ikke vant til å dele sine erfaringer med hverandre.

gruppers læring og utvikling (9). «Det var inspirerende å møtes og en pådriver til å jobbe videre» sa en av deltakerne. Dette kan tolkes dit hen at hun ble motivert til å jobbe videre med tema om pasientenes livshistorier. Utsagnene; «i gruppene delte vi kunnskaper», «vi kunne utveksle ideer», «det er lettere å løse et problem i en gruppe», tyder på at de hadde utbytte av veiledningene både i samarbeid og kunnskapsutvikling. Flere av deltakerne svarte at det var nyttig å snakke med de andre, de erfarte at en situasjon kunne oppleves og tolkes på ulik måte, slik intensjonen i veiledning er (10). Deltakerne var vant til å jobbe sammen, men ikke vant til å dele sine erfaringer med hverandre. Det er utført et liknende prosjekt i Sverige, hvor de så på den individuelle pleiekvaliteten gjennom personalets fortellinger

om pasientene (17). Kvalitet på pleietjenester til pasientene ble målt ved hjelp av et Resident Assessment Instrument/Minimum Data Set (RAI/MDS), og etter et år med veiledning viste det seg at pasientene fikk mer individuelt tilpassede pleietjenester, og at personalet så på pasientene som mer unike personer. Dette viser viktigheten av å jobbe med et tema som livshistorier i den daglige pleien.

## EVALUERING

En kort undervisning, som tok hensyn til den daglige rutinen på avdelingen var mulig å gjennomføre i det daglige arbeidet og undervisning på arbeidssstedet, viste seg å ha høy deltakelse. Fleksibilitet var viktig for at deltakerne skulle kunne delta; dersom uforutsette hendelser oppsto var det bra om møtepunkt kunne forskyves. Dette krever at lærer og veileder har mulighet til å være fleksibel. Det kunne synes som om det var av betydning at veileder kom utenfra, at dette virket både forpliktende og samlende på gruppen. Dette er tolket ut fra høy deltakelse i veiledningene. Veileder kunne dessuten holde fokus på pasientenes historier, mens de daglige problemene ved avdelingene ikke ble et tema på møtene. Små grupper skapte trygghet blant deltakerne og fremmet deltakelse, de trivdes med veiledningsgrupper og mente at de lærte mye av hverandre. Samtalene med pasientene om minner fra deres liv ble ikke karakterisert som ekstraarbeid. Deltakerne sa at det var spesielt i stellsituasjoner, og når de var alene med pasientene, at samtalene fant sted. De sa «det gikk ikke ut over noe av det andre», noe som også bekrefter at innsamlingen av livshistoriene ikke var tidkrevende. De utdelte stikkordene var til hjelp for sam-



talene med pasientene. Noen kunne tenkt seg å ha mer tid til å samtale med pasientene. Dette viser at deltakerne var opptatt av livshistorier som et tema og gjerne ville brukt mer tid på pasientene, de ønsket å engasjere seg i pasientene. Hva tiden brukes til kan være en viktig kvalitetsfaktor i det daglige arbeidet på sykehjemmet. Deltakerne ga uttrykk for at det var positivt å være med i prosjektet, en sa «alle på avdelingen (de ansatte) burde få være med, da ville alle tenke likt og det ville lette samarbeidet». Det kan tolkes som at personalet ser på samarbeid som en viktig del av arbeidet. Andre ønsket flere veiledninger, en ønsket å utvide prosjektet til å gjelde alle pasientene på avdelingen. Dette viser at de var motiverte og positive til læringsprosjektet. Flere av deltakerne synes de hadde lite tilbud om opplæring og faglig påfyll i hverdagen. Mange ønsket mer opplæring og kursing: «det er ikke noe tilbud i det hele tatt, vi lærer ikke noe nytt», «vi får ingen tilbakemelding på arbeidet» var svar som kom frem. Her bekreftes ønsket om å lære og å få oppgradert kunnskaper slik intensjonen er i Kompetansereformen (1).

Et læringsprosjekt vil muligens kunne lykkes bedre, dersom det ikke er avhengig av et absolutt fremmøte fra alle deltakerne og av aksept i ledelsen, både på overordnet plan og på avdelingsnivå. Dette er viktig for å tilrettelegge og motivere, samt i gjennomføringen av læringsprosjektet. Modellen for prosjektet kan med letthet forlenges med flere veiledninger. Opplæring i refleksjon ville også styrket prosjektet. I dette prosjektet handlet det om pasientenes livshistorier, men tema som morgenstell, sårstell eller ernæring kan også være tema i liknende læringsprosjekter.

Samme tema i ulike situasjoner vil kunne vise at det er ulike løsningsmuligheter. Dette vil kunne utvide et handlingsmønster, og sette i gang faglige diskusjoner og refleksjoner om hvorfor ulike strategier velges, i tråd med intensjonene for veiledning (9) og livslang læring (1).

#### LITTERATUR

1. Kirke- UoF. Handlingsplan for kompetansereformen. Oslo: Departementet, 2000.
2. Nilsen L. Livshistorien som en metode til å skape gode relasjoner mellom pasient og pleiepersonell. Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.; 2004.
3. Nordland E. Gruppen som redskap for læring. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS, 1997.
4. Fagermoen MS. Fortellinger som datakilde i forskning. [Narratives: A data source in research]. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning 2001;3(2):68-80.
5. Kirkevold M. Fortellingens plass i sykepleiefaget. In: Kirkevold M, Nortvedt F, editors. Klokskap og kyndighet: Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1993. s. 59-70.
6. Dietrichs E, Gjerstad L. Vår fantastiske hjerner. Oslo: Gyldendal akademisk; 1995.
7. Bevis EO, Watson J. Towards a caring curriculum: a new pedagogy for nursing. New York: National League for Nursing, 1989.
8. Wisløff EMS. Det handler om å lære. Aurskog: Tano Aschehoug, 1998.
9. Tveiten S. Veiledning – mer enn ord. Bergen: Fagboklaget Vigmostad & Bjørke AS, 1998.
10. Teslo A-L. Veiledningens metoder. Veiledning – definisjoner og utvikling. Oslo: Universitetsforlaget, 2000. p. 23-39.
11. Grendstad NM. Å lære er å oppdage: prinsipper og praktiske arbeidsmåter i konfluent pedagogikk. Oslo: Didakta, 1986.
12. Severinsson EI, Kamaker D. Clinical nursing supervision in the workplace – effects on moral stress and job satisfaction. J Nurs Manag 1999 Mar;7(2):81-90.
13. Berggren I, Severinsson E. The influence of clinical supervision on nurses' moral decision making. Nurs Ethics 2000 Mar;7(2):124-33.
14. Begat IB, Severinsson EI, Berggren IB. Implementation of clinical supervision in a medical department: nurses' views of the effects. J Clin Nurs 1997 Sep;6(5):389-94.
15. Benner P. The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. ANS Adv Nurs Sci 1991 Dec;14(2):1-21.
16. Reichman S, Leonard C, Mintz T, Kaizer C, Lisner-Kerbel H. Compiling life history resources for older adults in institutions: development of a guide. J Gerontol Nurs 2004 Feb;30(2):20-8.
17. Hansebo G, Kihlgren M. Patient life stories and current situation as told by carers in nursing home wards. Clin Nurs Res 2000 Aug;9(3):260-79.