

Betty Sandvik Døble, Arnfinn Eek

ABC – Virksomhetsintern opplæring i kommunene

Erfaringer med gjennomføring av Demenssorgens ABC
og Eldreomsorgens ABC som en del av kompetansesatsingen
i Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015

RAPPORT



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

RAPPORT

ABC – Virksomhetsintern opplæring i kommunene

Erfaringer med gjennomføring av Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC
som en del av kompetansesatsingen i Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015

Betty Sandvik Døble

Arnfinn Eek

–

med bidrag fra

Marta Reggestad

Anne Marie Mork Rokstad

Allan Øvereng

Lise Øverland

Om forfatterne

Betty Sandvik Døble, f. 1960. *Sykepleier, MSc, videreutdanning i psykisk helsearbeid. Arbeidet som sykepleier og leder i kommunal eldre- og demensomsorg fra 1983 til 2009. Fra 2009 prosjektleder for ABC-satsingen i Aldring og helse, med ansvar for koordinering av satsingen over hele landet.*

Arnfinn Eek, f. 1948. *Psykolog, spesialist i klinisk psykologi. Arbeidserfaring fra utredning av eldre med kognitiv svikt og demens, forskning og utviklingsarbeid, redaktør og forfatter av faglitteratur. Daglig leder ved Aldring og helse frem til 2014. Nå ansatt som spesialrådgiver samme sted.*

Marta Sofie Reggestad, f. 1956. *Sykepleier, utdanning som jordmor, spesialutdanning i anestesi, lærer og rådgiverutdanning. Har arbeidet som jordmor med ansvar for opplæring og oppfølging av studenter, lærer og rådgiver i videregående opplæring for elever og voksne. Fra 2010 ansatt i Aldring og helse som prosjektleder med ansvar for kompetanseheving av personell uten helsefaglig utdanning som arbeider innen omsorgstjenesten.*

Anne Marie Mork Rokstad, f. 1960. *Sykepleier, master i helse og sosialfag og PhD. Forsker ved Aldring og helse, førsteamanuensis II ved Høgskolen i Molde.*

Allan Rune Øvereng, f. 1956. *Sykepleier. Arbeidserfaring fra geriatri og alderspsykiatri, Diakonhjemmets sykehus 1983-1994, Stavanger universitetssjukehus 1997-2015. For tiden nettverkskoordinator i SESAM – Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling.*

Lise Øverland, f. 1961. *Sykepleier, master i klinisk helsearbeid, studieretning psykisk helsearbeid. Videreutdanning i veiledningspedagogikk og ledelse. Arbeidserfaring fra tjenester til personer med utviklingshemning og til personer med døvblindhet, fra hjemmetjeneste, sykehjem og alderspsykiatri. Ansatt som fagkonsulent Aldring og helse fra 2010.*



© Forlaget Aldring og helse, 2015

Layout/trykk: BK Grafisk

ISBN 978-82-8061-256-4

Kopiering av denne boken er ikke tillatt uten utgivers samtykke.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Forlaget Aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf: 33 34 19 50

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Forord

Å øke kompetanse om demens og behandling av personer med demens, har vært en viktig del av *Demensplan 2015* og *Kompetanseløftet 2015*. Et viktig virkemiddel her har vært å utvikle og implementere *Demensomsorgens ABC* og *Eldreomsorgens ABC*, som en virksomhetsintern opplæringsmodell beregnet på personell som gir tjenester til eldre i norske kommuner.

Helsedirektoratet har bedt oss å se nærmere på erfaringene fra satsingen som nå omfatter over 400 kommuner og over 20 000 ansatte. For å samle erfaringene har vi tatt kontakt med ledere og kontaktpersoner i et utvalg kommuner og med våre samarbeidspartnere rundt om i landet, som har stått for oppfølging av satsingen lokalt og regionalt. Vi takker for at dere har tatt dere tid til å dele deres erfaringer med oss. Uten dere hadde det ikke vært mulig å skrive denne rapporten.

Ved starten av Demensplanen 2015 og Kompetanseløftet 2015 fikk Aldring og helse i oppdrag fra Helsedirektoratet å utvikle opplæringsmateriellet og lede arbeidet med implementeringen. Dette var en oppgave vi ikke kunne gjøre alene. Vi vil derfor benytte muligheten til å takke alle dere som har vært samarbeidspartnere i den store kompetanse-satsingen for en fantastisk innsats og godt samarbeid. Våre samarbeidspartnere har vært kompetansemiljøer i spesialisthelsetjenesten innen

alderspsykiatri og geriatri, utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, kommunale og interkommunale kompetansemiljøer, og kompetansemiljøer knyttet til videregående opplæring, universiteter og høyskoler. Takk for at dere tok utfordringen, og takk for måten dere tok imot oss på og inviterte oss inn i et spennende og lærerikt samarbeid. Uten dere hadde denne satsingen ikke kunnet bli gjennomført.

Også fylkesmannsembetenes medarbeidere over hele landet har vært svært gode støttespillere og gitt råd og hjelp i oppfølging. Deres lokalkunnskap og vilje til å ta fatt i utfordringer som dukket opp under veis, har hatt uvurderlig betydning.

Vi takker også alle dere ansatte i kommunene, landet rundt, som har stått på i travle arbeidsdager og bidratt til kompetanseutvikling i tjenestene og et flott resultat i opplæringen.

Takk også til medarbeidere ved Aldring og helse, som alltid bidrar med kunnskaper og viktige erfaringer i arbeidet. Merkantilt arbeid er utført av tre dedikerte medarbeidere. Tina Walmann-Bjune startet i arbeidet i 2008, mens Hanne Telvik Madsen og Mari Dahle Lysø har kommet til i arbeidet med registrering og oppfølging av deltakere senere. Takk også til Arnhild Dahle for godt arbeid i økonomioppfølgingen i satsingen.

Prosjektledere og medarbeidere i utviklingsprosjektene til Demensplan 2015, har undervist i ABC-seminarene og bidratt med råd og veiledning. Flere fagforfattere har bidratt til å skrive nye studiehefter som redaktørene for de forskjellige permene har sydd sammen til gode læreverk. Takk for et stort og viktig arbeid!

I hele satsingen har vi kunnet støtte oss på en egen referansegruppe som har bestått av erfarne fagfolk. Kristin Aas Nordin fra SESAM, har representert samarbeidspartnerne i spesialisthelsetjenesten, Marta Reggestad, som leder av prosjektet med opplæring av personell uten helsefaglig utdanning i ABC-satsingen, og Arild Nilsen, universitetslektor ved UiA og en av ABC-veteranene, har vært gode og faste sparringspartnere i referansegruppa. Redaktørene med ansvar for revisjon av tidligere permer i Eldreomsorgens ABC, Jørn Stordalen og Agnes Brønstad har deltatt, sammen med Trine Nordby Skjellestad som redaktør for permene om *Psykiske sykdommer i eldre år*. Takk til dere alle for gode innspill. Takk også til Vigdis Hegna Myrvang som har revidert studiepermen *Funksjonshemming og aldring* i Eldreomsorgens ABC som er klar til bruk våren 2016.

I utvikling av *Demensomsorgens ABC* var Vigdis Drivdal Berentsen (1949-2009) den som hadde hovedansvaret for at Perm 1 og Perm 2, ble klar til bruk tidlig i satsingen. Vi er i 2015 usigelig

takknemlige for kvalitetsarbeidet hun la ned som fagredaktør og forfatter, et viktig grunnlag for den videre suksessen med ABC-modellen.

Permen *Demensomsorgens ABC – Miljøbehandling*, ble utviklet i tilknytning til utviklingsprosjektet om Miljøbehandling i Demensplan 2015. Her bidro Janne Røsvik og Marit Mjørud som fagredaktører, mens Anne Marie Mork Rokstad som prosjektleder for Miljøsatsingen deltok i referansegruppa. Flere sentrale fagpersoner ga også bidrag til permene, som har som mål å øke kunnskapene om personsentrert omsorg i helse- og omsorgstjenestene.

Takk også til Gry Hole og Lise Øverland som er faglig trygge ABC-medarbeidere ved Aldring og helse. Deres bidrag i møtene med både medarbeidere ved Aldring og helse, deltakere og fagledere i kommunene, og ved fagmiljøene landet over, er viktig for å skape samhandling. Ikke minst har dere bidratt til at vi sammen har en trygg og åpen dialog i ABC-arbeidet landet over.

Vi takker Helsedirektoratet for et spennende oppdrag med å lede ABC-satsingen og for å kunne hente opp erfaringene. Takk for godt samarbeid underveis, for tillit og mulighet for utvikling i arbeidet med ABC-opplæringen. Vårt ønske er å bidra til videre utvikling av kvalitet og kunnskapsbaserte tjenester gjennom opplæring av personell over hele landet.

Tønsberg/Oslo, november 2015

Betty Sandvik Døble
ABC-koordinator

Kari Midtbø Kristiansen
Daglig leder

Arnfinn Eek
Spesialrådgiver

Innhold

KAPITTEL 1	
Innledning	7
Bakgrunn	7
Om rapporten	8
KAPITTEL 2	
Demensomsorgens ABC	
En virksomhetsintern opplæringsmodell	9
Litt historikk	9
Kort om innhold og drift	11
KAPITTEL 3	
Organisering og gjennomføring	16
Stor interesse	16
Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC	17
Informasjon om opplæringen	18
En rimelig opplæring	18
Aktivitet etter fylker	18
Hvordan nå ut til kommunene?	20
Et nettverk av samarbeidspartnere	21
Et landsdekkende læringsnettverk	21
Samarbeidspartnernes erfaringer fra gjennomføringen	24
Samarbeidsmøter i fylkene	25
Årlige erfaringssamlinger	25
Andre muligheter for erfaringsutveksling	27
Registrering og oppfølging fra Aldring og helse	27
Økonomi	28
Praktisk samarbeid	29
Opplæring over tid	30
Organisering og gjennomføring av seminarene	30
KAPITTEL 4	
Om deltakerne	32
Verdighet og respekt	33
Registrering av deltakere	33
Tverrfaglig deltakelse	36
Andel ansatte med ABC-opplæring	38
Aldersfordeling	39
Ledernes erfaringer	39
Hvor arbeider deltakerne?	40
Heltids- eller deltidsansatte	40
Om gruppesammensetning, tverrfaglighet og gjennomføring	42

KAPITTEL 5

Å være kommunekontakt og samarbeidspartner i satsingen	44
Metode og utvalg	44
Intervju med kommunekontaktene	46
Intervju med samarbeidspartnerne	50

KAPITTEL 6

ABC-modellen

- Formidling, nettverksbygging og samhandling	56
Demensomsorgen i endring	56
Klinisk virksomhet – med undervisning og forskning «på si»	57
Kompetansegruppe for kommunene	57
Klinisk arbeid – med prosjektstøtte	57
Innhold i ABC-seminarene	58
Koordinering og fremdrift	58
Klinikk og kompetansesenter	59
Mange permer og seminarer	59
ABC – motor i nettverksbygging og samhandling	59
Ble Demensomsorgens ABC noe mer enn forventet – kunne den blitt enda mer?	61

KAPITTEL 7

Fra «ufaglært» til helsefagarbeider	62
«Dette må jeg kunne»	62
«Jeg vil bli helsefagarbeider» – med ABC til fagbrev	63

KAPITTEL 8

Jobbtilfredshet og holdninger til personsentrert metode	67
Metode	68
Resultater	70
Referanser	72
Vedlegg	73



KAPITTEL 1

Innledning

Bakgrunn

Stortingsmelding nr. 25 (2005- 2006) tar for seg de langsiktige utfordringene innen kommunale omsorgstjenester og legger frem strategier og konkrete tiltak for å møte disse frem til 2015. *Omsorgsplan 2015* oppsummerer tiltakene i stortingsmeldingen. Det som skal beskrives i denne rapporten bygger i hovedsak på to av disse tiltakene, satsingen i *Kompetanseløftet 2015* og *Demensplan 2015*. Planen bygget på en erkjennelse av at dersom man skal kunne møte de utfordringer omsorgstjenesten står overfor er det et betydelig behov for økt kompetanse i tjenesten. Likeledes ser man hvordan antall eldre vil øke og dermed antall personer med demens.

Det er foretatt flere nasjonale kartlegginger av tilbudet til personer med demens i Norge, den første allerede ved årsskiftet 1996-1997, der det ble samlet data fra samtlige norske kommuner (Eek, Nygård 1999). Denne undersøkelsen kom i forlengelsen av *Sosial- og helsedepartementets utviklingsprogram om aldersdemens*, som gikk fra 1990 til 1995. I utviklingsprogrammet ble det gjennomført en rekke prosjekter over hele landet der målet var å bedre tilbudet til personer med demens. Tilsvarende undersøkelser ble foretatt i 2000-2001 og 2004-2005 (Eek, Nygård 2006) og var en del av beslutningsgrunnlaget når man valgte å utforme

en egen plan for tjenestene til personer med demens (Sosial- og helsedirektoratet 2007, Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

Som en del av kompetansesatsingen i Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015 ble det i 2007 besluttet å utvikle et omfattende opplæringsmaterieill om demens. Opplæringen skulle bygge på erfaringene fra *Eldreomsorgens ABC* som hadde vært i bruk siden 2002. Helsedirektoratet ga daværende Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, nå Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, oppdraget med både utvikling av studiemateriellet og implementering av opplæringen i norske kommuner.

Opplæringen i kommunene ble satt i gang våren 2008 i nært samarbeid med alderspsykiatriske og geriatriske kompetansemiljøer i spesialisthelsetjenesten, undervisningssykehjem, nå utviklingssentra for sykehjem og hjemmetjenester, og regionale og kommunale kompetansemiljøer. Arbeidet ble drevet i tett samarbeid med fylkesmannsembetene over hele landet. I satsingen er også opplæring med *Eldreomsorgens ABC* inkludert og aktiviteten her er regnet med fra og med 2007 i de registreringer som er gjort av Aldring og helse.

I 2013 ble Aldring og helse bedt av Helsedirektoratet om å samle en del erfaringer fra gjennomføringen av opplæringen, hvordan kommunene har valgt å organisere opplæringen, samarbeidspartnernes erfaringer og deltakernes gjennomføring. Rapporten skulle også beskrive ABC-modellen og hvordan den har utviklet seg i prosjektperioden.

Om rapporten

I rapporten vil vi først beskrive selve ABC-modellen og utviklingen av denne. Der nest ser vi nærmere på organisering og gjennomføring av satsingen. Et kapittel er viet deltakerne, hvem er de, hvor jobber de og hvordan gjennomfører de opplæringen?

For å kunne gjennomføre en slik omfattende satsing har det vært nødvendig med et godt samarbeid med kompetente fagmiljøer over hele landet. Hvordan dette arbeidet har vært organisert er beskrevet i kapittelet om organisering og gjennomføring. I kapittel 5 går vi nærmere inn på

samarbeidspartnernes erfaringer med satsingen basert på intervjuer med et utvalg av de miljøene som har bistått. Det er også hentet inn erfaringer fra en del kommunekontakter. I et eget kapittel, skrevet av Allen Øvereng, går han nærmere inn på hvordan de ved Regionalt kompetansesenter for eldre medisin og samhandling i Stavanger, har benyttet ABC-satsingen i sitt arbeid ut mot kommunene i helseregion vest.

Det er satt av et eget kapittel for å beskrive erfaringene fra prosjektet «Jeg vil bli helsefagarbeider» – med ABC til fagbrev. Og til sist presenteres en del resultater fra et evalueringsprosjekt der en har sett nærmere på jobbtilfredshet og holdninger til personsentrert metode, hos deltakere i ABC-opplæringen.



KAPITTEL 2

Demensomsorgens ABC

En virksomhetsintern opplæringsmodell

Fra det i 2007 ble satt i gang en systematisk registrering av deltakere i ABC-opplæringen, og frem til sommeren 2015, er over 400 av landets 428 kommuner i gang og over 20 000 helsepersonell er registrert som deltakere. Det er utviklet et landsdekkende nettverk av fagmiljøer som er ansvarlige for å følge opp og bistå kommunene som deltar i opplæringen. I 2014 besto nettverket av 26 fagmiljøer i det videre omtalt som *samarbeidspartnere*. Disse er ansvarlige for faglig innhold og undervisning ved seminarene i kommunene og for å følge opp lokale kontaktpersoner med ansvar for opplæringen i den enkelte kommune. I fylker der man mangler samarbeidspartnere eller der kapasiteten er mangelfull, følges kommunene opp direkte fra Aldring og helse.

Det er vanlig at kommunene utpeker en eller flere kontaktpersoner for ABC-opplæringen som registreres hos Aldring og helse. Disse kommune-kontaktene er ansvarlige for lokal oppfølging og for å sende inn deltakernes dokumentasjon på gjennomføring av arbeidet i studiegruppene. Aldring og helse er ansvarlige for registrering av deltakere, kontrollerer dokumentasjon på gjennomføring, og utsteder studiebevis etter fastsatte kriterier.

Målgruppen for ABC-opplæringen er helse- og omsorgspersonell som arbeider i kommunale tjenester til eldre og spesielt personer med demens. Målet har vært å utvikle en tverrfaglig opplæring rettet mot praksis, der deltakerne ut fra sine kunnskaper og forutsetninger sammen skal utvikle en kompetanse som vil bidra til bedre behandling og omsorg for brukere og pasienter.

Litt historikk

Alderspsykiatriens ABC

Historien om ABC-opplæringen starter i 1992 med utviklingen av Alderspsykiatriens ABC gjennom et prosjekt i Grünerløkka bydel i Oslo med støtte fra daværende Sosial- og helsedepartement og Statens helsetilsyns utviklingsprogram om alderspsykiatri (1992-1996). Prosjektleder og den som hadde ideene til opplæringsmodellen, var psykiatrisk sykepleier Kirsti Veidahl Solheim med professor dr.med. Knut Engedal som hovedveileder. Materialet ble utprøvd i dette prosjektet etter hvert som det ble utviklet.

Opplæringsmodellen besto av tre deler: Studieheftene (samlet i permer), tverrfaglig sammensatte

studiegrupper og ett dagsseminar per perm som ble gjennomgått.

I 1996 ble Alderspsykiatriens ABC utgitt på INFO-banken ved Granli senter i Vestfold. INFO-banken var informasjonsenhet og forlag både for Sosial- og helsedepartementets utviklingsprogram om aldersdemens og for alderspsykiatriprogrammet. Herfra ble det også startet arbeid med å spre opplæringen til kommunene.

Kirsti Veidahl Solheim og hennes veiledere så at det var behov for en videre utprøving av studiemateriellet og av selve studieformen, og tok initiativ til et nytt prosjekt i 1996. Prosjektet fikk navnet *Alderspsykiatri ut til helse- og sosialtjenesten i kommunene*, og ble finansiert av Statens helse-tilsyn og Nasjonalt geriatriprogram (1996-1999). Opplæringsmodellen ble prøvd ut i fire fylker med nærmere 850 deltakere fra helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med lokale fagmiljøer med en styringsgruppe i hvert fylke.

Prosjektet ble evaluert og det ble skrevet en kombinert erfaringsrapport og veileder: Rapport nr.1/01 fra Nasjonalt geriatriprogram: *Å ha kontakt med hode hender og hjerte* (Solheim 2001). Av rapporten går det frem at de fleste deltakerne var svært fornøyd med både det faglige og personlige utbyttet. I rapporten påpekes nødvendigheten av informasjon til lederne om gjennomføring av ABC-modellen før den iverksettes. I denne utprøving ble opplæringen gjennomført med ett seminar per perm. I praksis ble dette ett seminar per år. Erfaringene fra utprøvingen viste at det var et ønske om to seminarer per perm slik at deltakerne kunne møttes til dagsseminar to ganger i året.

I siste kapittel i evalueringsrapporten (Solheim 2001) anbefales det å videreutvikle opplærings-

materiellet til og omfatte mer av eldreomsorgens fagområder. Med utgangspunkt i de gode erfaringer med prosjektet, og svært positive tilbakemeldinger fra studiegruppene rundt om i ulike kommuner, bevilget Nasjonalt geriatriprogram midler til en egen studieperm om *geriatri*.

Eldreomsorgens ABC

I 1997 ble *Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens* opprettet og overtok INFO-bankens oppgaver. Kompetansesenteret fikk ansvaret for å videreføre arbeidet med *Alderspsykiatriens ABC* og spesialsykepleier MSc Vigdis Drivdal Berentsen (1949-2009) ble engasjert til å utarbeide fordypningspermen om geriatri. Permen ble ferdig høsten 2001.

Sosial- og helsedepartementet bevilget noe senere midler til å utarbeide en egen perm om demens og demensbehandling og Vigdis Drivdal Berentsen fikk ansvaret for denne i samarbeid med Kirsti Veidahl Solheim, med Knut Engedal og Arnfinn Eek som veiledere.

Med to nye studiepermer dekket nå opplæringen langt mer enn alderspsykiatri. Navnet ble endret til *Eldreomsorgens ABC*, og i 2002 ble det gjort en omfattende revisjon av basispermene *Grunnmur* og *Reisverk*. Nye hefter ble innarbeidet og gamle hefter ble oppdatert og omarbeidet. Vigdis Drivdal Berentsen var redaktør for dette arbeidet. Det ble også utarbeidet en suppleringsperm slik at de som hadde startet med *Alderspsykiatriens ABC* kunne gå videre med fordypningspermer fra *Eldreomsorgens ABC*.

I 2003 ble det startet et prosjekt finansiert av det statlige kompetanseprogrammet VOX, *Kompetanseoppbygging i kommunal eldreomsorg – Eldreomsorgens ABC – Et opplæringsprogram*. Målet var å videreutvikle og revidere eksisterende

studiemateriell i tråd med den faglige utviklingen og evaluere effekten av opplæringsprogrammet. Her var Vigdis Drivdal Berentsen og Kirsti Veidahl Solheim prosjektledere. Prosjektet foregikk i kommunene Sveio og Sarpsborg.

VOX støttet også prosjektet *Eldreomsorgens ABC ut til flere* (2005). Målet var å øke spredningen av opplæringen gjennom å tilrettelegge det for personer med lese- og skrivevansker og personer i gruppen leseuvante, gjennom å utarbeide en lydbokutgave. De to basispermene *Grunnmur* og *Reisverk* og fordypningspermene *Geriatrici* og *Demens* ble lest inn og utgitt som lydbøker, til sammen 77 CD-er. Prosjektleder var universitetslektor og sykepleier Arild Nilsen.

I 2006 kom en egen fordypningsperm om *Funksjonshemming og aldring*. Permen var skrevet av forskjellige fagfolk innen feltet. Vigdis Drivdal Berentsen hadde hovedansvaret for redigering og språklig bearbeidelse. Faglig veileder var professor Kirsten Thorsen.

Etter som Eldreomsorgens ABC ble utviklet ble det arbeidet kontinuerlig for å spre opplæringsmodellen til kommuner over hele landet. Det ble utviklet brosjyremateriell og etablert kontakter med ulike kompetansemiljøer. Uten en sentral støtteordning var en avhengig av at kommunene selv finansiert både kjøp av studiepermer og utgifter til seminarer. Det foreligger dessverre ingen samlet registrering av denne aktiviteten. Salget av studiepermene i perioden frem til satsingen startet for fullt i 2008, tyder på at mellom 1 000 og 1 500 har gjennomgått opplæringen i denne perioden. I tillegg kommer noen hundre personer som har deltatt i utprøving og opplæringsprosjekter der permene er finansiert av prosjektene og ikke registrert i forlagets salgsstatistikk.

Studiepermene i Eldreomsorgens ABC

Eldreomsorgens ABC har frem til 2014 bestått av fem permer: basispermene *Grunnmur* og *Reisverk* og fordypningspermene *Geriatrici*, *Demens* og *Funksjonshemming og aldring*, til sammen 64 temahefter. Modellen har vært at de to basispermene skal gjennomgås før det startes på en av fordypningspermene. Etter at tre permer er gjennomgått har mange grupper ønsket å gå videre med flere fordypningspermer.

I 2013 ble det satt i gang en betydelig revisjon av basispermene. Fra høsten 2014 ble de to basispermene erstattet med en helt ny perm, *ABC – Aldring og omsorg*. Her legges det vekt på å gi oppdatert kunnskap om aldring og en innføring i viktige tema man må ha kunnskap om for å arbeide i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Også fordypningspermene *Geriatrici* og *Funksjonshemming og aldring* er under revisjon og vil være klare til bruk i 2016. I tillegg kan en egen studieperm om psykiske sykdommer i eldre år tas i bruk fra 2015. Denne kan brukes som fordypningsperm både under Eldreomsorgens ABC og som en påbygging på Demensomsorgens ABC.

Kort om innhold og drift

Ved starten av Demensplan 2015, i 2007, begynte arbeidet med utvikling av en egen ABC-opplæring om demens, *Demensomsorgens ABC*.

Demensomsorgens ABC er utviklet for å formidle oppdatert kunnskap om demenssykdommer og god praksis til helsepersonell som arbeider i kommunene. ABC-modellen innebærer en arbeidsform med faglige dialoger og refleksjon i tverrfaglige studiegrupper (ABC-grupper) der målet er at alle som deltar skal oppleve seg som betydningsfulle, uansett yrke og erfaringsbakgrunn. Arbeidsformen skal gi bevissthet om egne verdier og holdninger

og være en arena for veiledning, refleksjon og erfaringsutveksling. Målet er å utvikle helsepersonellens kunnskaper og å utøve tjenester av god kvalitet i behandling av personer med demens slik det er beskrevet i *Demensplan 2015*.

«Kvaliteten på omsorgstilbudet prøves mellom den ansatte og den enkelte bruker. Tjenester av god kvalitet sikres gjennom faglig kompetente medarbeidere som møter den enkelte bruker med respekt og verdighet, og som kan omsette pålitelig kunnskap til god praksis. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten står daglig i vanskelige situasjoner som krever kunnskap om god praksis, bevissthet om egne verdier og holdninger, og at de har arenaer for veiledning, refleksjon og erfaringsutveksling.»

(Demensplan 2015 «Den gode dagen», s. 10)

Demensomsorgens ABC er, som de tidligere, en virksomhetsintern, tverrfaglig opplæring. Modellen består av tre deler:

- 1) Studiehefter samlet tematisk i permene (11 – 12 per perm)
- 2) Studiegrupper (tverrfaglige og selvstyrte)
- 3) Seminarer (2 dagsseminarer per perm/år)

Studiepermene

Fra 2007 til 2009 ble de to første permene i Demensomsorgens ABC utviklet. Heftene er skrevet av forskjellige fagpersoner med spesialkunnskap innenfor de tema som tas opp. I det første heftet er det lagt vekt på å gi en instruksjon i hvordan opplæringen skal gjennomføres og hva som forventes av deltakerne, hvordan gruppene skal settes sammen og arbeide, og litt generelt om læring. I tillegg tar heftet for seg kommunikasjon. Resten av den første permene tar sikte på å gi faktakunnskap om demens, men omtalt på en måte som gjør det mulig å relatere til den praksis deltakerne står oppe i. Til hvert tema er det knyttet arbeidsoppgaver og refleksjonsspørsmål beregnet på arbeid i studiegruppene. Den første permene, *Perm 1*, var klar til bruk i 2008 og består av i alt 11 studiehefter med til sammen 375 sider. Det siste heftet omhandler aktuelt lovverk en må forholde seg til i arbeidet med personer med demens og i helse- og omsorgstjenestene generelt. Dette hefte er frem til 2014 omarbeidet og revidert i alt fire ganger etter som lovverket har endret seg.

Perm 2 er tematisk rettet inn på behandling og omsorg for personer med demens og deres pårørende. Her beskrives en del ulike behandlingstilnærminger og arbeidsmetoder, hele tiden bygget opp slik at deltakerne kan bruke det de lærer i sin praktiske hverdag og hente eksempler derfra til diskusjon av arbeidsoppgaver og refleksjonsspørsmål i gruppene. Permen avsluttes med en gjennomgang av hvordan dagens tilbud til personer med demens er i Norge. Også i denne permene har det vært behov for å revidere enkelte hefter fra den var ferdig i 2009 til i dag. Permen består av 12 studiehefter med til sammen cirka 420 sider.

Spesialsykepleier MSc Vigdis Drivdal Berentsen var redaktør og ansvarlig for at de to studiepermene som var skrevet av mange forskjellige forfattere,



Hefter i Perm 1

1. Brukerveiledning og læring
– Kommunikasjon
2. Personlighet og utvikling
– Følelser, mestring og forsvar
3. Demens og Alzheimers sykdom
4. Andre demenssykdommer
5. Tilstander som kan forveksles
med demens
6. Demens og synshemming; Demens og
hørselshemming; Demens hos døve
7. Yngre personer med demens
8. Demens hos personer med
utviklingshemning
9. Atferdsendringer hos personer
med demens
10. Behandlingstiltak ved demens
11. Noen aktuelle lover



Hefter i Perm 1

1. Etiske utfordringer
2. Pårørende til personer med demens
3. Arbeidsmetoder, del 1
4. Arbeidsmetoder, del 2
5. Aktiviteter
6. Måltidene som aktivitet
7. Validering, realitetsorientering
og reminisens
8. Musikk, bevegelse og avspenning
9. Veiledningsmodeller
10. Godt bomiljø
11. Tilbud til hjemmeboende personer
med demens
12. Organisering av tilbud

skulle henge sammen og bli et helhetlig læreverk. Professor dr.med. Knut Engedal var faglig ansvarlig og veileder sammen med psykologspesialist Arnfinn Eek.

Arbeidet med Demensplan 2015 har gitt mange erfaringer gjennom de forskjellige utviklingsprogrammene som er gjennomført. Det har vært viktig å bringe dette videre gjennom opplæring og fagstoff. Derfor har studieheftene blir revidert under veis. Gjennom utviklingsprogrammet om

miljøbehandling fikk en erfaring med implementering av teori og arbeidsmetoder i praksis. Disse erfaringene er bragt videre i den tredje studiepermen, *Demensomsorgens ABC – Miljøbehandling*. Her er målet at deltakerne skal sette det de har lært om god miljøbehandling ut i praksis på sitt arbeidssted. Det legges derfor spesielt vekt på å involvere ledere i opplæringen. Til denne permen følger en filmpakke til bruk i studiegruppene. Permen består av 11 studiehefter med til sammen 200 sider.



Hefter i Demensomsorgens ABC - Miljøbehandling

1. Personsentrert omsorg
2. VIPS
3. Dementia Care Mapping
4. Marte Meo
5. Aktiviteter ute
6. Fysisk aktivitet
7. Bruk av musikk
8. Sansestimulering
9. Miljøbehandling- tro, livssyn og eksistensielle spørsmål
10. Lindrende demensomsorg
11. Helsetjenester i hjemmet

Sykepleier Ph.d. Janne Røsvik og sykepleier MSc Marit Mjørud har vært redaktører og medforfattere for denne permene. Professor dr.med. Knut Engedal var faglig ansvarlig og veileder.

Studieheftene og permene bygger på hverandre og det anbefales at de leses i den rekkefølge de er tatt inn. Perm 1 vil være viktig å lese for å få utbytte av å lese Perm 2. Når det gjelder permene om miljøbehandling er det imidlertid åpnet for at deltakere som ikke har gjennomgått de to første permene, kan delta dersom de på forhånd har gode kunnskaper om demens og demensbehandling. Her oppfordres spesielt ledere til å delta med tanke på å

kunne iverksette tiltak i praksis. Det anbefales imidlertid at disse deltakerne har tilgjengelig de to første permene som oppslagsverk, og at gruppene settes sammen slik at det er et flertall av deltakere som har vært med på studiegrupper rundt de tidligere permene og har erfaring med arbeidsformen.

Studiegruppene

Det anbefales at gjennomføring av studiegruppene går over to semestre for hver perm. Det må settes av god tid til avvikling av sommerferie og tas et romslig opphold i forbindelse med jul og nyttår. Ferier skal avvikles og mange av deltakerne har familieforpliktelser med barn og barnebarn som skal følges opp. Hver studiegruppe er selv ansvarlig for å lage en kontrakt for gruppearbeidet. I brukerveiledningen gis det en del forslag til hva som bør være med i kontrakten, for eksempel hvordan gruppeledelse kan ordnes, at man bør bli enige om hva som skal gjøres hvis man blir forhindret fra å møte opp og om taushetsplikt både i forhold til pasientforhold, men også i forhold til ting som måtte komme opp i samtalene innad i gruppene. Det bør avklares når og hvor møtene skal holdes og en del praktiske forhold rundt dette. Dette er også forhold som bør avklares med nærmeste leder.

Det anbefales at gruppemøtene får en varighet på minimum halvannen time, men åpnes for at man kan ha andre løsninger. For å få godkjent studiebevis skal det minimum settes av halvannen time til hvert studiehefte. Heftene skal leses på forhånd.

ABC-modellen er en bedriftsintern opplæringsmodell og det anbefales at gruppesamlingene skjer i tilknytning til ordinær arbeidstid og at personell med forskjellig yrkesbakgrunn og fra ulike deler av tjenestene, settes sammen i studiegruppene. Målet er å skape et bredt, lokalt grunnlag for kompetanseutvikling ved faglige diskusjoner.

Deltakere deler sine praksiserfaringer i studiegruppene, diskuterer inn mot temaene som er behandlet i heftene og de arbeids- og refleksjonsoppgavene som er knyttet til tema. Målet er at dette skal bidra til utvikling og forankring av kompetanse og å bygge relasjoner mellom personalet og forståelse for hverandres arbeidssituasjon innad på de forskjellige arbeidsplassene og mellom enheter.

Det anbefales at lederne involveres for gjennomføring av opplæringen. De bør delta i struktureringen av gruppene og må samhandle seg imellom om de valgene som ligger til grunn for felles rammer og lokal gjennomføring i hver kommune. Det anbefales at opplæringen forankres høyt administrativt og at aktuelle ledere i kommunen har en felles holdning til spørsmål om bruk av arbeidstid og fritid i opplæringen.

Det skal velges en eller flere kontaktpersoner i kommunene som har ansvar for å følge opp gruppene i samarbeid med lederne. De følger studiegruppene og har oversikt over deltakernes gjennomføring og dokumentasjon på registreringskjema og fremmøteskjema. Kontaktpersonene er i dialog med Aldring og helse om dokumentasjonen som kreves for å godkjenne deltakerne med studiebevis.

Kontaktpersonene oppretter samarbeid med en koordinator fra det fagmiljøet i fylket som er samarbeidspartner for Aldring og helse i opplæringen. Samarbeidspartnerne har ansvar for å holde kontakt med kommunene gjennom den lokale kontaktpersonen og følge opp hvordan arbeidet går. I tillegg er de ansvarlig for de to seminarene som skal gjennomføres for hver studieperm.

Seminarene

I det første seminaret som gjennomføres ved oppstart av opplæringen, er målet å gi en innføring

i arbeidsformen. Det settes sammen grupper som diskuterer hvordan de praktisk kan tenke seg å arbeide og hvordan samarbeidskontrakten skal være, hvor de kan ønske å møtes og hvor ofte. I noen tilfeller er allerede gruppene satt sammen før seminaret og diskusjonen kan gå i de gruppene som skal jobbe sammen videre. I andre tilfeller blir gruppediskusjonen en øvelse på hvordan det skal arbeides når de møtes i de gruppene de skal tilhøre.

Det første seminaret skal alltid inneholde et fagtema, ofte velges kommunikasjon eller tema knyttet til etiske utfordringer i arbeide med personer med demens.

I det andre seminaret velges et fagtema som passer inn med temaene i studieheftene deltakerne arbeider med, men det anbefales alltid å gi plass for tilbakemelding fra gruppedeltakerne om hvordan arbeidet i opplæringen går. Dette kan gjøres ved at det settes sammen grupper på tvers av de gruppene deltakerne deltar i, for at de på den måten kan utveksle erfaringer og etterpå dele noe av dette med resten av deltakerne.

Det anbefales at seminarene legges til oppstart av ny perm og midtveis i arbeidet med permene. Fra perm nummer to blir fagseminarene mer temaforelesninger og det blir lite tid til gruppearbeid. Det oppfordres likevel til at det gis mulighet for å dele erfaringer om hvordan opplæringen fungerer og ta opp utfordringer en har støtt på.

Aldring og helse har laget et informasjonshefte, *Iverksetting og drift av ABC-studiegrupper*, som gir råd og anbefalinger for gjennomføringen i kommunene og fordelingen av ansvaret for faglig oppfølgingen av deltakerne. Hefte blir oppdatert etter hvert som en får erfaringer for hva som etterspørres og kan oppleves som utfordringer.



KAPITTEL 3

Organisering og gjennomføring

Oppdraget som ble gitt fra Helsedirektoratet i 2007, innebar i tillegg til å utvikle selve opplæringspakken, å lede implementering av opplæringen i kommunene. ABC-opplæringen i kommunene, slik den er gjennomført i demensplanperioden, bygger på erfaringer som er høstet fra midten av 1990-tallet, først med Alderspsykiatriens ABC og senere med Eldreomsorgens ABC. Det er fra 2007 gjort et målrettet utviklingsarbeid for å tilpasse opplæringen faglig og økonomisk til rammene som er gitt i Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015.

Stor interesse

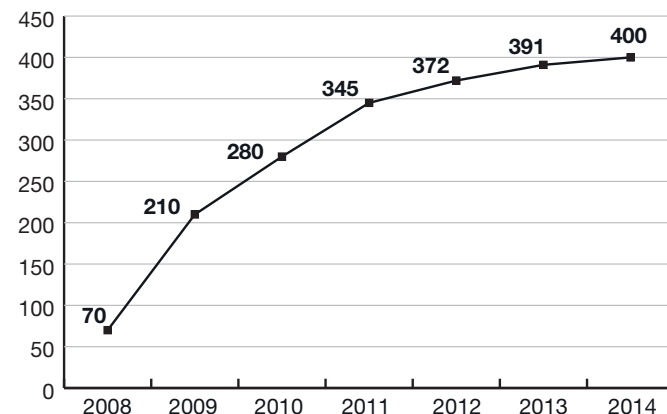
I løpet av satsingen har stadig flere kommuner sluttet seg til opplæringen. Ved utgangen av 2008 var 70 kommuner i gang. Innen utgangen av 2010 var antallet firedoblet, 280 kommuner hadde startet opp. Fire år seinere er det registrert aktivitet i 400 (93 prosent) av landets kommuner. Flere har meldt seg for oppstart i 2015. Også personale ved enkelte avdelinger i spesialisthelsetjenestene har benyttet opplæringen for refleksjon og kompetanseutvikling om demens.

I flere kommuner er opplæringen implementert som en fast del av den kommunale kompetanseplanen, med mål for hvor mange som skal starte på opplæringen hvert år. Noen kommuner har gjennomført opplæring for en del ansatte, men av

ulike årsaker ikke startet nye grupper. I figur 3.1 er alle kommuner som har hatt, eller fortsatt har, opplæring i gang, medregnet.

Den nasjonale kartleggingen av tilbudet til personer med demens, som ble gjennomført høsten 2014, viste at i perioden fra 2011 til 2014 hadde 74 prosent av ansatte i dagaktivitetstilbud, 79 prosent av ansatte i skjermede enheter og 82 prosent av ansatte i bokollektiv tilrettelagt for personer med demens, gjennomført opplæring med *Demensomsorgens ABC* eller *Eldreomsorgens ABC* (Gjøra, Eek, Kirkevold 2015).

Antall kommuner



Figur 3.1. Utvikling i aktiviteten 2008-2014. Antall kommuner som deltar.

Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC

Demensomsorgens ABC er hovedsatsningen i Demensplan 2015, men registreringene viser at kommunene også benytter Eldreomsorgens ABC videre. Fra 2008 til utgangen av 2014 er det registrert oppstart på 1 700 deltakere på denne opplæringen og flere enn 1 100 deltakere har fullført basispermene med studiebevis. Flere har gått videre og vi finner at det er utstedt studiebevis for fullføring av 1 528 fordypningspermer, 739 Geriatri, 655 Demens, og 134 Funksjonshemming og aldring.

Som nevnt i kapittel 2 ble det i 2013 satt i gang en større revisjon av Eldreomsorgens ABC. De to basispermene, *Grunnmur* og *Reisverk*, har blitt erstattet med en ny og omfattende basisperm som har fått navnet *Eldreomsorgens ABC – Aldring og omsorg*. Permen ble utgitt i november 2014, og innen utgangen av 2014 hadde 200 deltakere allerede startet på den.

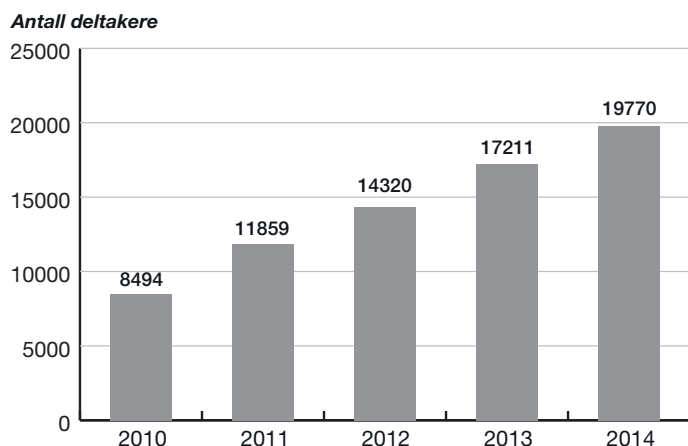
Fra perm 1 i Demensomsorgens ABC ble utgitt i 2008, til utgangen av 2010, hadde over 7 200 registrert oppstart. I løpet av 2011 kom det til

3 100 nye deltakere og ved utgangen av 2014 var flere enn 17 000 personer i gang med denne permene.

Permen Demensomsorgens ABC – Miljøbehandling, ble utgitt i 2013. Kommunene fikk her mulighet til å rekruttere nye medarbeidere som ikke hadde deltatt i de to første permene i Demensomsorgens ABC. Omlag 2 850 deltakere har startet på denne permene i perioden 2013-2014, av disse er 850 (30 prosent) registrert som nye deltakere.

Ved utgangen av 2014 hadde i alt 19 250 personer sendt inn registreringsskjema for oppstart på ABC-opplæringen. En oppdatering for utgangen av 2014, foretatt i november 2015, viser at over 500 flere skjema har kommet inn slik at antallet som hadde startet ved utgangen av 2014 til sammen var 19 770. Vi ser at registreringene hele tiden har et slikt etterslep på grunn av seint innsendte skjema. I det videre vil det tallmaterialet som presenteres være basert på det antallet som faktisk var registrert ved utgangen av 2014.

(I november 2015 var samlet antall registrerte kommet opp i 21 190 for hele satsingen.)



Figur 3.2. ABC-deltakere registret ved oppstart*

*Antall deltakere som har registrert seg ved oppstart av Demensomsorgens ABC Perm 1 eller Eldreomsorgens ABC Grunnmur. Deltakere som er registrert for første gang ved oppstart av andre permer i Eldreomsorgens ABC, og deltakere som starter direkte i Demensomsorgens ABC – Miljøbehandling uten å ha deltatt på de to første permene, er også tatt med.

Informasjon om opplæringen

I perioden er det gradvis utviklet og beskrevet hvordan gjennomføringen av opplæringen bør være, hvem som har ansvar, og hvilke roller og oppgaver knyttet til oppfølging av deltakerne, som bør dekkes. Dette danner grunnlaget for samhandling mellom kommunene, ved kommunekontakter og ledere, fagmiljøene som er samarbeidspartnere i fylkene, og Aldring og helse. Kommuner som ønsker å starte opp får tilsendt, eller kan laste ned, et informasjonshefte (se omtale side 15). Her presenteres også råd og veiledning for rekruttering av deltakere, planlegging og organisering av opplæringen, ivaretagelse av registrering og dokumentasjon på gjennomføring for at deltakerne kan få studiebevis.

Erfaring fra arbeidet med å implementere opplæringen i kommunene viser betydningen av at satsingen er forankret administrativt/politisk tilstrekkelig høyt oppe i kommunen. Hvor denne forankringen skal være vil være avhengig av den kommunale organiseringen, men forankring må skje på et nivå som sikrer at det avsettes økonomi, tid og personell til at opplæringen kan gjennomføres, og at deltakerne kan oppleve at deres egeninnsats verdsettes og at kompetanseøkningen er ønsket. Dette er i tråd med hva som påpekes i FAFO-rapporten *Læringsnettverk og innovasjon i kommunene* fra 2013. Her presiseres viktigheten av forankring i kommunenes politiske og organisatoriske ledelse for å oppnå gode resultater i prosjektene og det understrekes at tilstrekkelig med ressurser og økonomiske rammer og engasjerte fagpersoner og ledere til å drive prosessene over tid, er viktige suksesskriterier.

En rimelig opplæring

Helsedirektoratet har gitt økonomisk støtte og fulgt opp gjennomføringen. I starten av satsingen

ble studiepermene subsidiert direkte slik at kommunene kjøpte inn studiepermer til redusert pris, kr 150 per stykk. Kommuner som deltok i de forskjellige utviklingsprogrammene under Demensplan 2015, fikk studiematerialet gratis for å kunne sette i gang opplæring av sine ansatte. Man fikk etter hvert erfaring for at sterk subsidiering og gratis materiell, ikke alltid førte til at det ble satt i gang opplæring tilsvarende det materiellet som ble sendt ut. En valgte derfor å endre praksis slik at kommunene betalte ordinær pris for studiepermene, kr 450 per stykk. Fra 2010 fikk kommunene mulighet for å søke om økonomisk tilskudd til ABC-opplæringen fra Kompetanseløftet 2015. ABC-opplæringen ble en del av kommunenes samlede kompetanseplaner som det ble søkt støtte til.

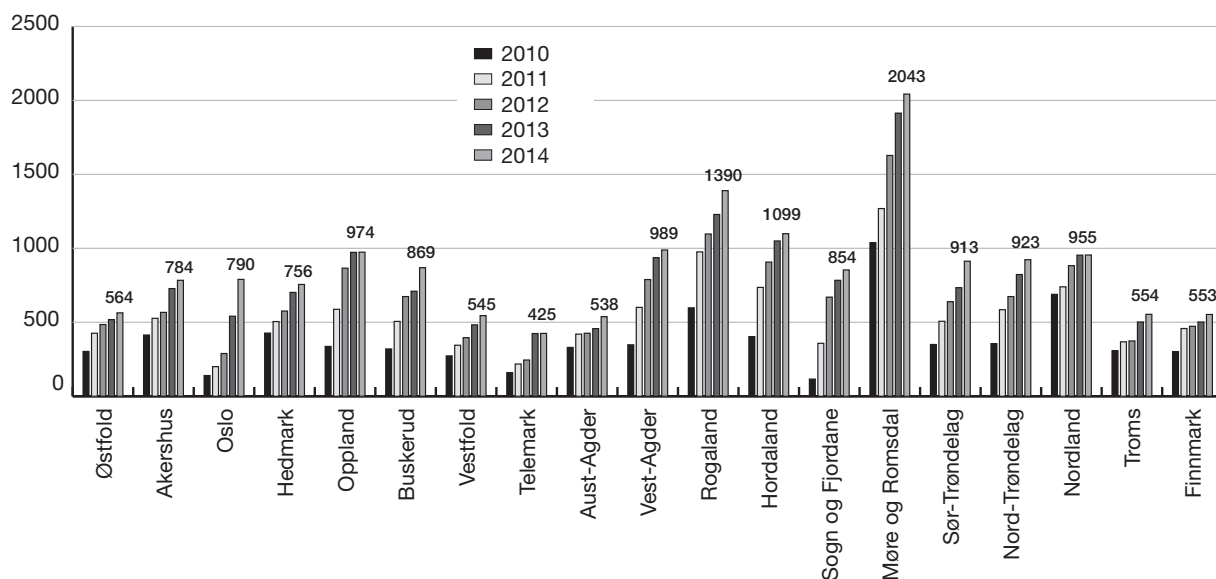
Seminarer gjennomføres med gratis forelesere for kommunene. Kommunen må stille med lokaler og enkel bevertning.

Aktivitet etter fylke

Opplæringen er tatt i bruk i alle fylkene. Hvor raskt man kom i gang og hvor mange deltakere som er med har variert. Figur 3.3 viser antall registrerte deltakere i fylkene, basert på deltakernes egne registreringer ved oppstartseminarer.

Ved utgangen av 2014 er aktiviteten i satsingen fortsatt økende. Mange kommuner ønsker å starte med flere deltakere, og noen nye kommuner kommer til. Mange deltakere som har gjennomført ett eller flere år i opplæringen, vil videre med nye permer.

Arbeidet med registreringer av nye deltakere, registrering av gjennomføring med godkjenning av studiebevis, og registrering av gjennomførte seminarer, pågår for fullt. Ved årets slutt skal det meste av aktivitetene for 2014 etter planen være



Figur 3.3. Registrerte deltakere på Demensomsorgens ABC – Perm 1 (2008-2014)

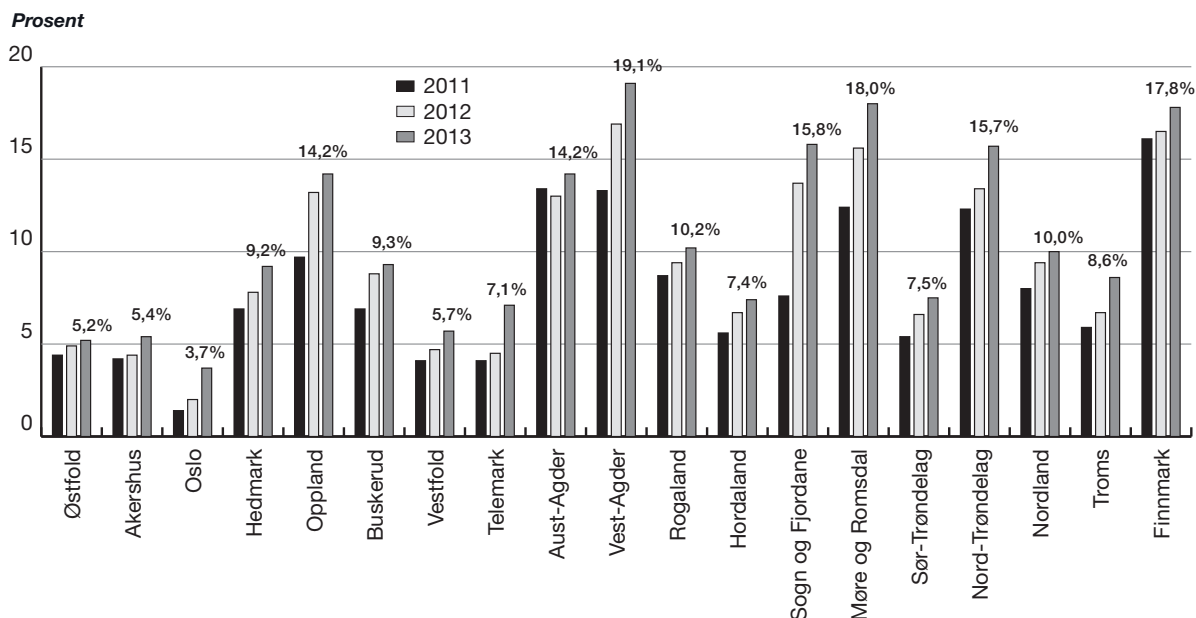
registrert og sendt inn til Aldring og helse, men ut fra erfaringer fra tidligere år vil en måtte regne med et ikke ubetydelig etterslep. Dette betyr at de tallene som omtales i denne rapporten for 2014 kan bli oppjustert i ettertid. Når det gjelder data på gjennomføring vil vi derfor i en del sammenhenger benytte tall til og med 2013 for å sikre at vi har tilstrekkelige opplysninger.

I neste kapittel vil vi gå nærmere inn på deltakernes gjennomføring.

Figur 3.3 vises antall deltaker i fylkene uavhengig av befolkningsstørrelse og antall ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Dette gir nødvendigvis ikke et dekkende bilde av aktiviteten. Figur 3.4 neste side, viser andel deltakere i opplæringen sett i forhold til antall ansatte i pleie- og omsorgstjenesten for årene 2011 til 2013.

Antall ansatte beregningen i figur 3.4 bygger på, er hentet fra SSB og omfatter antall personer, ikke årsverk, i pleie- og omsorgssektoren. Ansatte som er i administrative stillinger er ikke tatt med. Antall deltakere i ABC-opplæringen bygger på egenregistreringer ved oppstart av Demensomsorgens ABC – Perm 1 og Eldreomsorgens ABC – Grunnmur, i perioden til og med 2013.

I fem fylker er det registrert over 15 prosent deltakelse, Vest-Agder på topp (19,1 prosent), tett fulgt av Møre og Romsdal (18,0 prosent) og Finnmark (17,8 prosent). I alt ni fylker er registrert med over ti prosent deltakelse. I Oslo er andelen lavest (3,7 prosent), men som vist i figur 3.3, er antallet der sterkt økende. I en del store kommuner, slik som i Oslo, tar det tid å komme i gang med opplæringen. Dette kan skyldes at det allerede foregår en del opplæring, men også at det kan være



Figur 3.4. Andel ansatte i pleie- og omsorgstjenesten som deltar i ABC-opplæringen etter fylke.

Antall ansatte (ikke årsverk) er hentet fra SSBs opplysninger om ansatte i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Personell i administrative stillinger er ikke tatt med.

vanskelig å nå frem til beslutningstakerne. I små kommuner er det kort vei fra ansatte som ønsker opplæring til dem som fatter beslutningene om at man skal starte. I mindre kommuner har det derfor ofte gått raskere å fatte beslutning om å starte og forankre bestemmelsen administrativt og politisk.

Hvordan nå ut til kommunene?

Ved oppstarten av prosjektet så en at kommune-størrelse og geografi var faktorer det måtte tas hensyn til. Det måtte også tas hensyn til allerede etablerte samarbeidsforhold mellom spesialisthelsetjenesten, de daværende undervisningssykehjemmene og andre kompetansemiljøer, og kommunene. Hvilke samarbeidsrelasjoner som var etablert kommune imellom var også viktig. En del kommuner hadde for eksempel etablert samarbeid

omkring kompetansebygging. Fylkesmanns-embetene, som samarbeidspartnere, hadde også ulik erfaring og praksis i sin kontakt med kommunene. Vi mente det var viktig å kunne dra fordeler av etablerte samarbeidsmodeller og erfaringer i de forskjellige fylkene, ikke komme med en sentralt utarbeidet modell for hvordan satsingen skulle gjennomføres i hele landet.

I 2008 ble det arrangert to samlinger hvor ledere og fagpersoner fra fagmiljøer over hele landet var invitert. Fra spesialisthelsetjenesten kom deltakerne i hovedsak fra alderspsykiatriske miljøer som arbeidet med utredning og behandling av personer med demens. Undervisningssykehjemmene ble invitert, og representanter for fylkesmanns-embetene og Helsedirektoratet med ansvar for oppfølging av Demensplan 2015 og Kompetanse-

løftet 2015. Flere av disse hadde erfaring med eller kjennskap til opplæringen med Eldreomsorgens ABC.

Målet med samlingene var å komme frem til en plan for hvordan arbeidet med implementeringen skulle legges opp og hvordan man kunne samarbeide om gjennomføringen. Vi fikk bekreftet at det ikke var mulig å gjøre dette likt over hele landet, men at vi måtte forsøke å bygge videre på etablerte nettverk og samarbeidsmodeller som fantes i de forskjellige fylkene. Man kom frem til en felles overordnet skisse for samarbeid, og på bakgrunn av denne ble det laget et informasjonshefte til kommunene om hvordan opplæringen kunne gjennomføres. Med dette ble grunnlaget lagt for videre dialoger om gjennomføring lokalt og samhandling mellom kommunenes ledere, kompetansemiljøene i spesialisthelsetjenesten, undervisningssykehjemmene, fylkesmannsembetene og Aldring og helse. De fleste fagmiljøene som deltok i dette utviklingsarbeidet er fortsatte aktive samarbeidspartnere i ABC-opplæringen.

Et nettverk av samarbeidspartnere

Selv om arbeidet i forskjellige deler av landet måtte gjennomføres litt forskjellig, så var det som viktig at miljøene som deltok hadde kontakt og kunne utveksle erfaringer. Likeledes så var det som viktig at Aldring og helse som nasjonal koordinator, hadde tett kontakt med samarbeidspartnerne. På denne måten ble det etablert et landsdekkende nettverk av samarbeidspartnere, som igjen var sentrale medspillere i eller initiativtakere til, lokale nettverk for å gjennomføre opplæringen i den enkelte kommune.

I FAFO-rapporten *Læringsnettverk og innovasjon i kommunene* fra 2013, brukes begrepene *sentralt initiert læringsnettverk* og *lokalt initierte kunnskaps- og driftsnettverk*. Det nettverket av sam-

beidspartnere som er bygget opp i denne satsingen, vil kunne forstås som et sentralt initiert læringsnettverk. For å oppnå det en ønsker i kommunene vil det imidlertid være nødvendig å bygge videre på lokalt initierte kunnskaps- og driftsnettverk, slik disse er bygget opp, for eksempel av utviklingssentra for sykehjem og hjemmetjenester eller fra spesialisthelsetjenesten. I en del fylker finnes også typiske driftsnettverk for å bistå til kompetansebygging interkommunalt, for eksempel RKK-Nordland som bistår kompetansemiljøet i alderspsykiatri på spesialistnivå med å arrangere kurs i kommunene.

For å styrke nettverkene er det lagt opp til å videreføre årlige erfaringssamlinger over to dager der alle kan møtes og utveksle erfaringer, og der også Helsedirektoratet, som sentral oppdragsgiver, er til stede. I tillegg er det lagt opp til årlige samarbeidsmøter i fylkene der samarbeidspartnerne møtes, sammen med Fylkesmannens representanter og representanter fra Aldring og helse.

Et landsdekkende læringsnettverk

Som nevnt over er de fleste av de fagmiljøene som deltok i oppstarten av prosjektet fortsatt med. I tillegg har nye miljøer meldt seg på. *Undervisningssykehjemmene* har skiftet navn til *Utviklings-senter for sykehjem* (USH). I tillegg er det i alle fylker etablert *Utviklingssenter for hjemmetjenester* (UHT). I noen fylker er de to virksomhetene samlokalisert (USHT) i andre er de lokalisert i forskjellige kommuner. I noen fylker er oppgavene fordelt på flere institusjoner og kommuner. De fleste kompetansemiljøene i spesialisthelsetjenesten som deltar, er forankret i alderspsykiatrien, men også geriatri er representert. Det er i tillegg samarbeid med ett ressursenter i videregående skole (fylkeskommunalt) som har hovedansvar for oppfølging og koordinering av kommuner i en region. I Oslo

kommune er Geriatrisk ressurscenter en samarbeidspartner. I en del fylker er det samarbeid om gjennomføring av opplæring og kurs med interkommunale ressursentra, for eksempel RKK-Nordland, Kompetansehjulet Follo og Løkta i Midt-Troms.

I mange fylker er det ett miljø som har status som hovedsamarbeidspartner, men som igjen har avtale med andre miljøer om gjennomføringen, for eksempel at de bistår som forelesere ved seminarer. I tabell 3.1 vises en sammenstilling av de ulike samarbeidsmiljøene. Årstallet indikerer når virksomheten startet arbeidet i læringsnettverket.

Tabell 3.1. Samarbeidspartnere i ABC-satsningen.

<i>Fylke</i>	<i>Hovedsamarbeidspartnere</i>	<i>Samarbeidende fagmiljøer og kommuner</i>
Østfold	USH Østfold, Fredrikstad (2009)	
Akershus	Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2008)	Kompetansehjulet Follo (2010)
Oslo	Geriatrisk ressurscenter, Oslo (2008)	USH Oslo, Abildsø sykehjem UHT Oslo, bydel Bjerke
Hedmark	Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF (2008)	USH Hedmark, Elverum og Stange kommuner
Oppland	Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF (2008)	USH Oppland, Gjøvik kommune
Buskerud	USH Buskerud, Ål (2009)	UHT Buskerud, Drammen kommune
Vestfold	USHT Vestfold, Sandefjord (2009)	
Telemark	USHT Telemark, Porsgrunn (2010)	Alderspsykiatrisk seksjon Sykehuset Telemark HF
Aust-Agder	USHT Aust-Agder, Grimstad (2008)	Fylkesmannen
Vest-Agder	USH Vest-Agder, Songdalen (2008) UHT Vest-Agder, Kristiansand (2010)	Alderspsykiatrisk poliklinikk, Sykehuset Sørlandet HF
Rogaland	Alderspsykiatrisk poliklinikk Stavanger universitetssykehus HF (2009) SESAM (2010) ** USHT Helse Fonna, Haugesund (2010)	USH og UHT Rogaland (2009) USHT Rogaland, Stavanger (2012)
Hordaland	NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus (2008) USHT Hordaland, Bergen (2008) USHT Helse Fonna, Haugesund (2010)	SESAM (2010) **

Fylke	Hovedsamarbeidspartnere	Samarbeidende fagmiljøer og kommuner
Sogn og Fjordane	Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse (2008-2010) NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus (2008) USHT Sogn og Fjordane, Førde (2010)	SESAM (2010) **
Møre og Romsdal	Alderspsykiatrisk avdeling Sykehuset Molde HMR (2008) Alderspsykiatrisk seksjon Sykehuset Ålesund HMR (2009)	Nordmøre og Romsdal Sunnmøre
Sør-Trøndelag	USH Sør-Trøndelag, Trondheim (2010) Kystressurs Fosen Ressurssenteret Åfjord videregående skole Sør-Trøndelag fylkeskommune (2007) UHT Sør-Trøndelag, Åfjord (2014)	Deler oppfølging av kommunene Trondheim, nord og fjell områdene Åfjord videregående skole - Kystressurs
Nord-Trøndelag	USH Nord-Trøndelag, Verdal (2009) Alderspsykiatrisk poliklinikk Sykehuset Levanger HNT (2009) Alderspsykiatrisk og geriatrisk poliklinikk Sykehuset Namsos HNT (2009)	Deler oppfølging til kommunene i nord- og sørdelen av fylket Avtale i helseforetaket (2011)
Nordland	NKS Kløveråsen alderspsykiatriske sykehus (2008) Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse (2008-2014)	RKK Lofoten, Ofoten, Vesterålen, Helgeland (2008) USH Nordland, 2009 UHT Nordland, Vestvågøy (2014)
Troms	USHT Troms, Tromsø (2009) LØKTA, (2009) Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse (2008-2014)	LØKTA - interkommunal kvalitetsutviklingsenhet for helse- og omsorgstjenesten i Midt-Troms. Aldring og helse følger opp kommunene i Nord- og Sør-Troms
Finnmark	USH Samisk befolkning, Karasjok (2009) USH Finnmark, Alta (2011) UHT Finnmark, Sør-Varanger (2011) Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse (2008-2014)	Samarbeidsavtale om oppfølgingsarbeid med fylkesmannen (2013)
Utviklingssenter for sykehjem (USH), Utviklingssenter for hjemmetjenester (UHT), Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)		

*Årstall for opprettelse av samarbeid i parentes

**SESAM Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling, Helse Vest RHF

*** LØKTA, Interkommunal kvalitetsutviklingsenhet for helse- og omsorgstjenesten i Midt-Troms

Samarbeidspartnerne erfaringer fra gjennomføringen

Det er viktig å være klar over at for de fleste samarbeidspartnerne er arbeidet med ABC-opplæring en av mange arbeidsoppgaver. En eller flere av de ansatte i virksomhetene har fått i oppdrag å ha ansvar for å koordinere arbeide i hele eller deler av fylket. De skal følge opp kommunene, arrangere seminarer og i noen tilfeller også undervise. Enkelte av samarbeidspartnerne er tilknyttet større fagmiljøer, eller lokale nettverk, som kan stille med flere fagpersoner til undervisningen. I mange tilfeller hentes forelesere fra andre fagmiljøer virksomheten har kontakt med lokalt eller regionalt.

I forbindelse med planleggingen av denne rapporten sendte vi medio 2013 en forespørsel til samarbeidspartnere over hele landet og til noen kommune-kontakter, der vi ba om innspill om deres erfaringer med arbeidet. I det videre refereres en del av deres innspill.

I vårt arbeid er koordinatoren den røde tråden og den med størst arbeidsbyrde i forhold til ABC. Det er alltid noen seminarer som må planlegges og kommuner som må motiveres for oppstart av nye studiegrupper i Demensomsorgens ABC. Det har vært utfordrende å koordinere seminarer og deltakere på store steder. For koordinatoren er det helt avgjørende at en har lokale engasjerte kontaktpersoner i kommunen.

(Sitat fra koordinatoren i spesialisthelsetjenesten, 2013)

I gjennomføringen av opplæringen i fylkene har en ofte utviklet samarbeid mellom flere virksomheter. Man holder hverandre gjensidig informert, og det tas initiativ til møter og samhandling. I mange tilfeller er kontaktpersonene ved fylkesmanns-

embetene gode støttespillere og deltar i samarbeidet.

USH sammen med UHT startet samtidig nytt kull Perm 1. Vi erfarte at det var «tungt» å dra dette i gang i NN kommune. USHT tok ansvar for økonomi, drift og faglig innhold. Fylkesmannen var positiv og bidro med økonomisk tilskudd til kjøp av permene. ABC en ble svært godt mottatt av deltakerne. Bare positive tilbakemeldinger! Fagseminarene var meget godt mottatt. Et tydelig stort behov for økt kunnskap om demens. Dette inspirerte oss til videre arbeid med ABC en.

(Sitat fra koordinatoren i USH, 2013)

Utviklingen av læringsnettverket har pågått gjennom hele perioden. Som det går frem av tabell 3.1 er det ofte flere aktører med i samhandlingen i samme fylke. Også innad i de ansvarlige fagmiljøene har det pågått utviklingsarbeid og prosesser for å avklare roller og ansvar, og hvilke muligheter en har for å tilpasse seg den store aktiviteten i opplæringen. I virksomhetene er det på ledelsesnivå, både faglig og administrativt, gjort avklaringer av hvorvidt man skal påta seg eller fortsette i oppdraget, og graden av oppfølgings- og undervisningsansvar virksomheten kan påta seg overfor kommunene.

Fra høsten 2012 og videre var det nødvendig å finne en bedre organisering med tanke på ressursbruk. Jeg valgte å finne ut om regionsnettverkene i fylket kunne være utgangspunkt for samorganisering av ABC-seminarer.

(Sitat fra koordinatoren ved USHT, 2013)

Arbeidsfordeling knyttet til oppfølgingen av kommuner i hele fylker eller deler av fylker, faglig oppfølging og ressurstilgang, har vært en stor del av de interne diskusjonene. Aldring og helse har

sammen med fylkesmannsembetene fulgt opp med veiledning, informasjon og skaffet til veie oversikter over fagressurser når samarbeidspartnere har bedt om dette.

Nettverksbygging var et av målene ved deltakelse i ABC og en har i stor grad kommet i kontakt med kommunene. Vår hovedutfordring er å skape robuste nettverk, i dette ligger det at det nå eksisterer delvis parallelle nettverk og delvis uformelle- og personavhengige nettverk. I dette arbeidet ønsker vi hjelp fra departement, fylkesmann og kompetansesenter i å kunne etablere nettverk som er store nok, og formaliserte nok til at de fremstår som robuste. Robuste nettverk er viktig i forhold til intensjonen i Samhandlingsreformen, og i oppdragsdokumentet for helseforetaket.

(Sitat fra koordinator i spesialisthelsetjenesten, 2013)

Samarbeidsmøter i fylkene

For å ivareta nettverket av samarbeidspartnere og støtte lokal forankring, har vi som nevnt, forsøkt å gjennomføre årlige samarbeidsmøter i fylkene. I 2008 ble samarbeidsmøtene startet ved at Aldring og helse og ansvarlige for Demensplan 2015 ved fylkesmannsembetene, inviterte fagpersoner fra spesialisthelsetjenestene, særlig de alderspsykiatriske miljøene, til møter om ABC-satsningen. Dette er videreført og har vist seg å være viktig for utviklingsarbeidet og samhandlingen mellom fagmiljøene i fylkene. Etter hvert som nye kompetansemiljøer har blitt involvert i satsinger, er også disse invitert med på samarbeidsmøtene.

Ved å skape en felles arena for diskusjoner om opplæringen i kommunene, er det utviklet samarbeid ved at fagpersoner fra spesialisthelsetjenestene, fra USHT og fylkesmannens represen-

tanter, har utvekslet erfaringer og avtalt arbeidsfordeling. Fylkesmannsembetene har vært en god støtte i satsingen i de fleste fylkene og vært sentrale i utviklingen av læringsnettverkene.

For å koordinere arbeidet i hele fylket har det også vært nyttig med et godt samarbeid med Fylkesmannen. Fylkesmannen har hatt en viktig rolle med å spre informasjon om studiemodellen, både når det gjelder faglig innhold og økonomiske spørsmål.

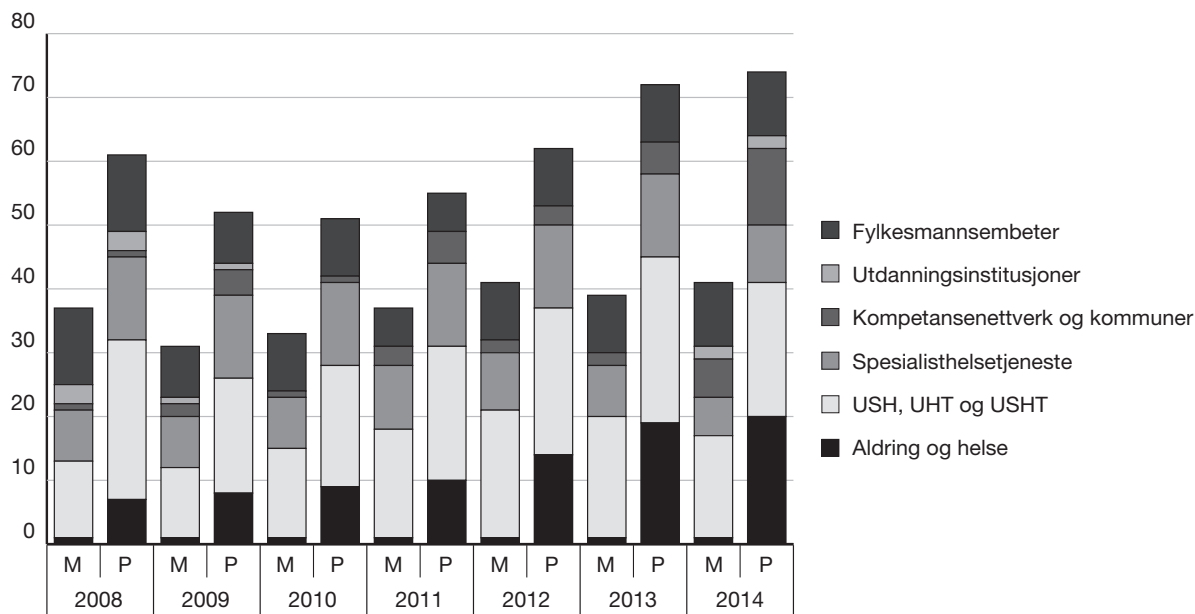
(Sitat fra koordinator i spesialisthelsetjenesten, 2013)

Årlige erfaringssamlinger

For å vedlikeholde og utvikle nettverket arrangeres det fortsatt en årlig, felles erfaringssamling hvor nøkkelpersoner fra samarbeidspartnerne inviteres. Helsedirektoratet deltar med informasjon om resultatene og erfaringer fra arbeidet i demensplanen og Aldring og helse informerer om resultater i ABC-opplæringen, arbeidet med å videreutvikle modellen, og i tillegg tas det opp praktiske spørsmål i forbindelse med gjennomføringen. Representanter fra fylkesmannsembetene, kompetansemiljøene og fra enkelte kommuner, har deltatt med innlegg og delt sine erfaringer fra arbeidet. Ved hver samling har det også blitt satt av tid til et faglig foredrag innenfor et tema som er sentralt i opplæringen.

Det har vært god oppslutning om samlingene og tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere viser at dette er en viktig og nødvendig samling for å få ny kunnskap, dele erfaringer og opprettholde motivasjonen i videreføring av arbeidet.

Arbeidet som samarbeidspartnerne har påtatt seg har økt i omfang i takt med økningen i antall deltakere. Dette har krevd oppmerksomhet fra de



Figur 3.5. Årlige erfaringssamlinger etter år, fagmiljøer (M) og deltakere (P)

ulike virksomhetene på organisering, disponering av personell og økonomiske ressurser. Ved å kunne møtes fra hele landet har en fått mulighet til å utveksle erfaringer og diskutere utfordringer.

Den årlige erfaringskonferansen på Gardermoen oppleves veldig nyttig og inspirerende for videre arbeid med Demensomsorgens ABC.

(Sitat fra koordinator i spesialisthelsetjenesten, 2013)

Mange opplever at oppdraget gir en mulighet til å utvikle faglig samarbeid og etablere gode kontakter. Samarbeidet over tid gir verdifull erfaring, styrker motivasjon og skaper et felles eierforhold til resultatet.

Gjennom deltakelse på ABC-erfaringskonferanser og samarbeid med ABC-koordinatoren i USHT i nabofylket, har jeg sett at det er mange måter å organisere fagseminarene på. Siden mange av deltakerne hadde startet på forskjellige tidspunkt og med forskjellige permer, ble det en utfordring å få oversikt over dette. Jeg valgte å følge opp min forgjengers arbeid med seminarer for 2–3 kommuner av gangen med ca. 20–60 deltakere.

(Sitat fra koordinator ved USHT, 2013)

De faglige nettverkene skaper kontakt, kunnskapsutveksling og fagutvikling mellom tjenestenivåene og er blant de viktigste faktorene i arbeidet. Det gir et felles eierforhold til opplæringen og resultatene, og har vist seg viktig for å opprettholde motivasjonen.

Utgangspunktet for å bli med på ABC var, for en da nystartet alderspsykiatrisk seksjon, delvis å bli kjent og knytte kontakter rundt om i kommunene og delvis å gjøre seksjonen kjent for kommunene. Gjennom ABC arbeidet har vi nådd ut til flertallet av kommunene og kunnet presentere seksjonen for svært mange helsearbeidere. Det har hatt stor nytteverdi for seksjonen at vi har nådd ut til kommunene, og hentet inn viktig kunnskap om den daglige praksis i pleie- og omsorgsavgdelingene. På denne måten har vi etterhvert fått mange strålende praksiseksempler i god demensomsorg, som vi igjen har anvendt på ulike ABC-seminar. Denne kjennskapen har også vært nyttig i vårt kliniske arbeid i egen seksjon. Vi har etterhvert har fått god lokal kunnskap som har bidratt til god samhandling rundt den enkelte pasient.

(Sitat fra koordinator i spesialisthelsetjenesten, 2013)

Etter som flere regionale samarbeidspartnere kom til, har Aldring og helse overført mere ansvar for lokal oppfølging av kommunene til disse. Fordelen av geografisk nærhet og kjennskap til kommunene har nok i de fleste tilfellene ført til bedre oppfølging etter som ansvaret ble desentralisert.

Andre muligheter for erfaringsutveksling

Utteksling av erfaringer og informasjon er viktig for aktørene i læringsnettverket. For å forenkle tilgangen på informasjon er det opprettet et eget område for ABC-opplæringen under Fagnett DEMENS, som er en del av satsingen under Demensplan 2015. Fagnett DEMENS er utviklet i samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling i Tromsø, og er tilgjengelig fra www.aldringoghelse.no eller direkte www.fagnett-demens.no. Her gis åpen informasjon om opp-

læringen, men det er også opprettet et lukket forum med medlemstilgang, som skal fungere som «lærerværelse» med informasjon og utveksling av undervisningsopplegg mellom samarbeidspartnerne.

Aldring og helse har flere oppdrag i tilknytning til utviklingsprosjektene i Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015. Disse har også sine områder på Fagnett DEMENS. Ansatte i de andre satsingene i demensplanen deltar ofte som forelesere og bidragsytere i ABC-seminarene. Mange ansatte hos samarbeidspartnerne har også arbeidsoppgaver knyttet til gjennomføring av andre prosjekter under demensplanen. Dette er verdifullt for utveksling av kunnskap og utvikling av undervisning til opplæringen mellom fagpersoner lokalt, og med undervisere fra andre deler av landet.

Registrering og oppfølging ved Aldring og helse

En viktig del av oppdraget er å registrere og rapportere resultatene i satsningen. For å følge opp aktivitetene har medarbeiderne i prosjektet ved Aldring og helse utviklet systemer for registreringer, statistikkopphenting, regnskap og økonomioppfølging.

En annen viktig oppgave er å kontrollere dokumentasjonen fra gruppene på gjennomføring av opplæringen. Deltakernes aktivitet kontrolleres og godkjennes etter de gitte kriteriene. Dette er et omfattende arbeid som krever tett oppfølging og kontakt med ansvarlige i kommunene.

Når kommunene har fullført en ABC studiegruppe fyller de ut et fremmøteskjema. Det er dette som gir grunnlaget for studiebevis. Det er veldig viktig at dette er fylt ut riktig, at det er kryssset av i riktige kolonner, fylt ut hvilken perm, datoer for samlinger og tid. Er dette gjort riktig, så sparer det oss, og kommunens

kontaktperson, for mye tid, og deltakerne får studiebevis raskere. Er det mangler ved dette skjema, etterspør vi informasjon fra kommunens kontaktperson, og skjema blir liggende her til vi får en tilbakemelding. Noen svarer raskt på disse henvendelsene, noen svarer ikke. Det resulterer i at mange som har deltatt på ABC ikke får sine studiebevis. Kontakten foregår for det meste på e-post, siden vi krever skriftlig dokumentasjon. Jeg tar alltid kontakt med kommunens kontaktperson».

(Konsulent ved kontor og forskningsstøtte, Aldring og helse 2013)

Aktivitet i form av informasjonsmøter og seminarer i kommunene, registreres av samarbeidspartnerne i de forskjellige fylkene og danner grunnlag for økonomisk refusjon av utgifter i forbindelse med arbeidet. Der Aldring og helse selv gjennomfører informasjonsmøter og seminarer, registreres aktiviteten herfra. Disse skjemaene inneholder opplysninger om antall deltakere og hvilke kommuner som er representert. Skjemaene registreres ved Aldring og helse.

Økonomi

Som tidligere beskrevet får de fleste kommunene dekket utgifter til studiepermer for deltakerne ved søknad til Fylkesmannen som administrerer midler fra Kompetanseløftet 2015. Kommunene skal selv dekke utgifter til lokaler og enkel bevertning til deltakerne på seminardagene.

En del av samarbeidspartnerne har rapportert at økonomien har vært en utfordring for dem, selv om det gis en viss refusjon av utgifter beregnet per seminar etter faste takster. Refusjonen vil ikke kunne dekke alle utgifter til lønn og drift for det personalet som deltar, men er en kompensasjon for merutgifter ved å påta seg arbeidet. Det er derfor viktig at virksomhetene som deltar kan definere

satsingen som en del av sin ordinære virksomhet eller arbeidsoppgave.

Selv om økonomi og personell i en del tilfeller har blitt opplevd som en utfordring, er det ingen av fagmiljøene som så langt har trukket seg. De har tvert imot vist stor vilje og evne til å implementere aktiviteten i virksomhetene. I noen tilfeller har fylkesmannsembetene kunnet bistå med midler fra Kompetanseløftet 2015 inn i virksomhetene.

Vi er heldige som i det tverrfaglige teamet og etter hvert på døgnposten, har mange nok som ønsker å være formidlere og gjør det på en måte som blir godt mottatt. Vi har fagutvikler som rekrutterer nye kommuner og som tar seg av papirarbeidet som følger i forbindelse med planlegging, gjennomføring og oppgjør etter fagdagene. Det er av avgjørende betydning å ha en fast kontaktperson over tid, og som er grunnleggende interessert i, og opptatt av, at dette er en viktig og nyttig satsing.

(Sitat fra koordinator i spesialisthelsetjenesten, 2013)

Tidlig i perioden ble refusjonen for utlegg i forbindelse med gjennomføring av seminarene beregnet til en fast sum, kr 9 000, uansett hvordan seminaret ble organisert. Det ble gitt føringer på at et seminar skulle ha minimum 30 deltakere. Samarbeidspartnerne ga tilbakemeldinger om at seminarer som ble gjennomført for flere kommuner sammen, krevde mer tid til organisering og oppfølging. Det samme var tilfelle for seminarer med mange deltakere noe som ofte var aktuelt i større kommuner. I store kommuner kom deltakerne fra forskjellige institusjoner og virksomheter og det var behov for å samarbeide med flere ledere for å få innpasset tid og sted for gjennomføringen.

I drøftinger med Helsedirektoratet kom vi frem til en ramme for refusjon der seminarer for én kommune og under 50 deltakere, ble refundert med kr 9000. For 50 til 99 deltakere ble refusjonen satt til kr 12000 og for 100 eller flere deltakere til kr 16000. Refusjonen skal dekke alle utgifter til forelesere, organisering og gjennomføring av seminarer og rapportering til Aldring og helse. I refusjonen ligger også at samarbeidspartnerne skal være tilgjengelig for spørsmål og veiledning fra kontaktpersonene i kommunene mellom seminarer.

For seminarer som gjennomføres for to til fem kommuner, gis en refusjon av utgifter med kr 12000, og for seks eller flere kr 16000. Det gis også refusjon av utgifter i forbindelse med informasjonsmøter med kommunene med kr 5000.

I enkelte tilfeller, spesielt i små kommuner i grågrindte strøk av landet, kan de være vanskelig å gjennomføre seminarer med så mange som 30 deltakere. Her åpnes det for å dispensere fra føringen om antall etter nærmere avtale med koordinator ved Aldring og helse. Erfaring har vist at deltakerantallet i gjennomsnitt har vært økende å ligge nå på om lag 40 deltakere per seminar.

Praktisk samarbeid

Det er stor grad av samarbeid mellom aktørene som deltar i opplæringen. Samarbeidet skjer mellom fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten og utviklingssentrene, og med fagmiljøene i kommunene. I en del fylker samarbeides det med kommunale kompetansenettverk med ansvar for flere kommuner eller med kompetansenettverk med utgangspunkt i videregående skole. Etter hvert har stadig flere kommunene samarbeidet om å gjennomføre felles seminardager. Dette er en ønsket utvikling, samtidig gir det merarbeid for koordinatorer som organiserer og tilrettelegger seminardagene for kommunene.

Noen av utfordringene er at kommunene bytter ut sine kommunekontakter, vi er avhengig av at kontaktene har oversikten i sin kommune. Noen kommuner har grupper som er i flere løp, de har startet nye grupper over flere år. Et godt samarbeid mellom oss og kommunekontakter som følger opp gruppene sine er vi helt avhengig av.

(Sitat fra koordinator i spesialisthelsetjenesten, 2013)

I store kommuner kan arbeidet organiseres slik at de har flere kontaktpersoner som utgjør et team.

Per i dag koordinerer USHT tre team med sine respektive kontaktpersoner. Hvert team har jevnlig møter og utgjør en ressursgruppe i kommunen. Kontaktene tar mer og mer over driften mens USHT står for det faglige. Arbeidsoppgaver er diskutert og fordelt. Vi arbeider tett sammen, USHT koordinerer/leder det hele. Den nye organiseringen av opplæringsmodellen Demensomsorgens ABC skaper nå en kontinuitet og en grunnleggende standard for kunnskap i arbeidet med demensomsorg i kommunen. Fra 2012 har kommunen hatt kontinuerlige «kull» med medarbeidere som gjennomfører ABC en. De som starter opp må ta både Perm 1 og Perm 2.

(Sitat fra koordinator i USH, 2013)

Å møte andre på fagseminarer og utveksle erfaringer, er viktig for fagutviklingen. For å styrke fagmiljøet i kommunen er det nødvendig med arenaer for faglige diskusjoner. Erfaringene har vist at seminarer kan være en slik arena.

Studiemodellens bærende elementer er blant annet fagseminarene, som skal bidra til erfaringsutveksling og faglig påfyll for deltakerne. Vi har erfart at det er nyttig å invitere deltakere fra flere kommuner til ett seminar. Helsepersonell som jobber i eldreomsorgen har

dermed muligheten til å treffe helsepersonell fra andre kommuner. Vi erfarer at ansatte som jobber nærmest pasienten har få «felles arenaer» til å diskutere faglige spørsmål og reflektere sammen.

(Sitat fra koordinator i spesialisthelsetjenesten, 2013)

Opplæring over tid

Tilbakemeldinger vise at mange deltakere i opplæringen legger vekt på at de får mulighet til å involvere seg, erfare, reflektere og dele sine kunnskaper i fagmiljøet over tid.

En annen suksessfaktor er at Demensomsorgens ABC går over to år og deltakerne jobber samtidig. Det gjør at deltakerne setter kunnskapen i system på en annen måte enn ved dagsseminarer, selv om det også er nyttig og viktig læring. Deltakerne gir tilbakemelding på at de reflekterer over egen jobbsituasjon på en annen måte enn tidligere og har fått på andre «briller». Opplevelsen av å lære mye nytt er stor, men flere får også bekreftet at de gjør mye riktig uten at de tidligere har reflektert over dette. Denne bekreftelsen er også viktig. Når de kommer opp i vanskelige og utfordrende situasjoner tar de med episoden tilbake i gruppa for diskusjon. Tilbakemeldingene fra deltakerne er at de også opplever å få brukt kunnskapen ute i felten.

(Kommunekontakt i en stor Østlandskommune, 2013)

Organisering og gjennomføring av seminarene

Demensomsorgens ABC – Perm 1, ble lansert i 2008, og det første oppstartsseminaret ble holdt av sykepleier og universitetslektor Arild Nilsen, for deltakere fra Blidensol sykehjem i Stavanger i

april 2008. Samtidig startet arbeidet med å rekruttere deltakere og kommuner, og innen utgangen av året var Demensomsorgens ABC startet i 25 kommuner.

Samtidig pågikk opplæring med Eldreomsorgens ABC og 19 dagseminar ble arrangert for deltakere i denne opplæringen. I enkelte kommuner ble begge ABC-opplæringene gjennomført samtidig, og deltakerne fikk også delta på felles seminar. Som nevnt tidligere var 70 kommuner i gang med ABC-opplæring i løpet av 2008, og innen året ble det gjennomført til sammen 44 dagsseminar, hvorav Aldring og helse arrangerte 28, tre undervisnings-sykehjem sto for fem seminar, fire alderspsykiatriske avdelinger for 10 seminar og ett kommunalt kompetansemiljø hadde ansvar for ett seminar. Det ble også gjennomført 28 informasjonsmøter for kommuner fra flere områder av landet, og det ble gitt informasjon ved fire samlinger for «modellkommuner» som deltok i utviklingsprosjekter i Demensplan 2015.

Noen seminarer måtte legges opp med innhold som var interessant både for dem som leste Demensomsorgens ABC og dem som leste Eldreomsorgens ABC. Både høsten 2011 og våren 2012 holdt jeg derfor 8–9 seminarer rundt omkring i fylket. Dette ga meg en unik kjennskap til kommunene, med ABC-kontaktene og med arbeidsplassene.

(Sitat fra koordinator ved USHT, 2013)

Til sammen er det gjennomført 1 459 dagsseminarer, med fem–seks timers varighet, fra 2008 til utgangen av 2014. I 2009 ble det gjennomført til sammen 206 seminarer. I årene 2010–2013 varierte antall seminarer mellom 226 og 245 per år. I 2014 er det gjennomført i alt 263 seminar (tabell 3.2). Samarbeidsmiljøene i spesialisthelsetjenesten har gjennomført hovedvekten av seminarene i satsingen.

Tabell 3.2. Antall seminarer gjennomført i ABC-satsingen, 2008–2014

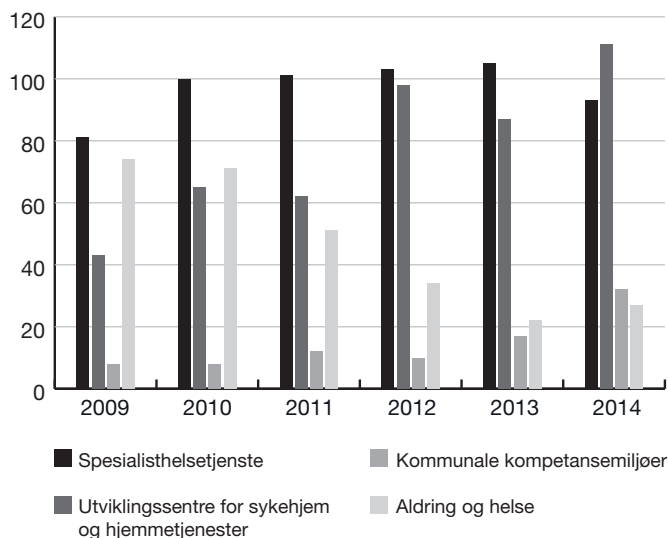
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
44	206	244	226	245	231	263

I de første årene hadde Aldring og helse i tillegg, ansvar for relativt mange seminarer. Etter hvert som antall utviklingssentre økte, tok disse ansvar for stadig flere seminarer og Aldring og helse reduserte sin andel (figur 3.6).

I 2014 sto utviklingssentrene for 42 prosent av seminarene, spesialisthelsetjenesten for 35 prosent, mens andelen til kommunale og fylkeskommunale kompetansemiljøer var 12 prosent. Resten, 10 prosent, ble gjennomført fra Aldring og helse.

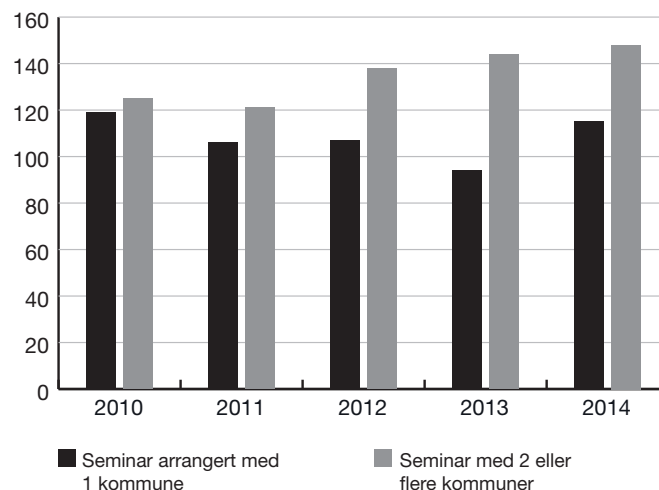
Stadig flere seminarer gjennomføres for flere kommuner sammen. Figur 3.7 viser en oversikt over utviklingen gjennom satsingen.

Antall seminarer



Figur 3.6. Seminar gjennomført per fagmiljø

Antall seminarer



Figur 3.7. Seminar arrangert med en eller flere kommuner



KAPITTEL 4

Om deltakerne

Behov for kompetente medarbeidere innen helse- og omsorgstjenestene er sterkt økende i kommunene (St. meld. nr. 25, 2005-2006). Økende levealder og store barnekull i årene etter krigen, vil bety sterk økning i antall eldre i flere tiår fremover. Behovet for helsetjenester til eldre med geriatriiske og alderspsykiatriske sykdommer vil øke betydelig. Det anslås at antall personer med demens vil dobles frem mot 2040. Ved at kommunene stadig tillegges større ansvar for langtids omsorg og behandling, vil behovet for kompetent arbeidskraft øke spesielt i denne sektoren i årene fremover. I Demensplan 2015 understrekes behovet for videreutvikling av kunnskaper i tjenestene. I Kompetanseløftet 2015 er det blant annet fokusert på utdanning av flere helsefagarbeidere og videre spesialisering av denne yrkesgruppen.

I dagens eldre- og demensomsorg er det et økende fokus på verdiene av kunnskaper om pasientens livshistorie. Denne kunnskapen kan bidra til å gi pasienten en mer skreddersydd omsorg med opplevelse av medvirkning og mestring. I demensomsorgen har man gode erfaringer med å arbeide etter en *personsentrert modell* (Brooker 2013). Kunnskap om sykdommer og behandling sammen med en høy etisk bevissthet hos den enkelte ansatte, er sammen med god faglig ledelse, viktige forutsetninger for god behandling og omsorg.

Å tilegne seg ny teoretisk fagkunnskap, samtidig som praksis i det daglige arbeidet diskuteres, er sentrale elementer i ABC-opplæringen. Dette gjøres i samarbeid mellom medarbeidere, i de tverrfaglig sammensatte studiegruppene på arbeidsplassen. Lederne er sentrale når personalet skal rekrutteres til opplæringen, og ved sammensetningen av studiegruppene. Et viktig element er at alle medarbeiderne er verdifulle for kompetanseutviklingen, uavhengig av hvilken utdanning de har. Alle skal være med å dele kunnskaper, erfaringer og personlige oppfatninger i refleksjonsgruppene.

Den felles refleksjonen i gruppene, med utgangspunkt i det fagstoffet man har tilegnet seg ved lesing av studieheftene, sammen med de praktiske erfaringene fra arbeidssituasjonen, er viktige elementer for å utvikle en felles plattform for godt faglig arbeid. Deltakerne introduseres til denne arbeidsformen ved oppstart av ABC-opplæringen, enten ved Demensomsorgens ABC – Perm 1 eller Eldreomsorgens ABC – Aldring og omsorg. Denne arbeidsformen danner grunnlag for det systematiske læringsarbeidet som skal gjennomføres for hver av permene, og som skal skape et trygt og støttende læremiljø gjennom hele opplæringen.

Deltakernes gjennomføring av ABC-opplæringen bygger på metoden, som ble introdusert i første utgave av Alderspsykiatriens ABC på 1990-tallet, og

fulgt opp i Demensomsorgens ABC – Perm 1. I den nye basispermen til Eldreomsorgens ABC – Aldring og omsorg (2014), er dette beskrevet i hefte 1, side 6:

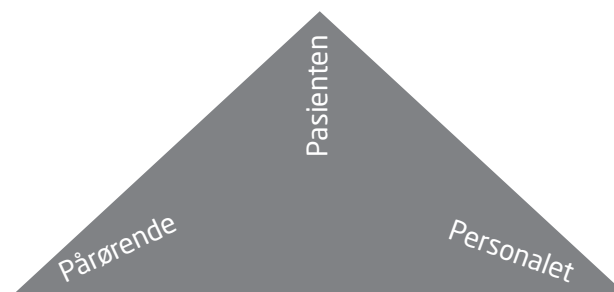
Heftene skal fungere som arbeidshefter for den enkelte deltaker. Det gjør det mulig å streke under, skrive notater og stikkord der du selv ønsker det i heftene. De første heftene kan oppleves mer personlige enn andre. Det er gjort med hensikt. Skal vi forstå pasienten, pårørende og medarbeidere, må vi først forstå oss selv. For at studiegruppen skal bli trygg, må hver enkelt deltaker gi litt av seg selv.

Det vi kaller trekanttenkning betyr at for å få pasienten i sentrum, må samarbeid om omsorg for pårørende og personalet vektlegges likeverdig. Hvis ikke personalet har det bra, er det stor mulighet for at heller ikke pårørende har det bra. I eldreomsorgen er pårørende en viktig ressurs og samarbeidspartner.

Kunnskapsbasert praksis utvikles innenfor de målsettinger og rammer virksomhetene har. Det skjer i kontinuerlig samspill hvor medarbeiderne er viktige aktører formelt ved sin utdanning, og mer eller mindre uformelt ved livshistorie, personlighet, holdninger og erfaringskunnskaper inn i møtene med pasienter og i arbeidsmiljøet.

Verdighet og respekt

Ved å reflektere sammen med medarbeidere synliggjøres kunnskaper, evner, holdninger og forståelse og det settes ord på praktiske erfaringer. Dette er en metode for å utvikle bevissthet om kvalitet og utvikle kunnskapsbasert praksis i tjenestene. ABC-modellen legger opp til systematisk arbeid for å utvikle relasjoner og felles kunnskap hos deltakerne. Når deltakerne starter på gruppearbeidene til den første perm, legges et grunnlag for å utvikle evne til refleksjon gjennom faglige dialoger og diskusjoner. Gjennomføringen



Figur 4.1. Trekanttenkning

bygger videre på systematisk arbeid med heftene, hvor tema er lagt inn i en rekkefølge for å sikre progresjon i kunnskapsutvikling. Erfaringene som utveksles mellom gruppedeltakerne er mange, ofte knyttet til følelsesmessige reaksjoner på opplevelser i møte med pasienter, pårørende og medarbeidere.

Registrering av deltakere

Av de over 19 250 personene som innen 2014 er registrert i ABC-opplæringen, har flere startet på, og gjennomført både en, to og tre av permene. Ved oppstart, som oftest på første seminar, mottar hver deltaker sin egen studieperm. Først i permene ligger et deltakerregistreringsskjema, hvor deltakerne selv fyller ut blant annet navn, fødselsår, yrke, stillingsstørrelse og arbeidssted (vedlegg 1). Skjemaet samles inn av kommunekontaktene og oversendes Aldring og helse. Deltakerne gjøres oppmerksomme på at data fra skjemaet registreres. Navn og opplysninger registreres og er grunnlag for påfølgende registreringer. Et tilsvarende skjema fylles ut ved oppstart av hver ny perm deltakerne begynner på. Dette gir også mulighet for oppdatering av opplysninger, ved for eksempel endring i navn og arbeidssted.

I ABC-opplæring registrerer deltakerne selv fremmøte på gruppemøtene og på seminarene (vedlegg 2). Disse opplysningene ligger til grunn

for godkjenning av gjennomføring og tildeling av studiebevis. Det kreves oppmøte ved minimum 80 prosent av gruppemøtene og seminarene samlet, for å få studiebevis. I skjemaet ber vi opplyst om noen har sluttet og eventuelt om årsak. Fremmøteskjemaene gjennomgås og kvalitetssikres av kommunekontakten før de oversendes Aldring og helse for registrering og tildeling av studiebevis.

Deltakere, gjennomføring og frafall

Neste gang vi får opplysninger om deltakerne er når fremmøteskjema fra gruppemøter og seminarer blir sendt inn. Dette kan ta fra ett til halvannet år, noen ganger mer. I løpet av denne perioden blir noen borte. Årsak til dette frafallet er sammensatt. Noen registrer seg ved et oppstartseminar, men trekker seg før de starter opp i gruppene. Vi ser at dette frafallet kan være stort i kommuner der deltakerne føler seg presset fra ledelsen til å stille opp uten at egen motivasjon er til stede.

I noen tilfeller har gruppene ikke kommet skikkelig i gang og har valgt å avslutte. Noen grupper vet vi har jobbet en stund, kanskje gjennomført ett år, men ikke sendt inn oppmøteskjema. For noen av disse har det vært mulig å få opplysninger når vi seinere har tatt kontakt med kommunen og etterspurt hva som har skjedd. Manglende innsending av oppmøteskjema har i noen tilfeller skyldtes skifte av kommunekontakt eller ledere, og at skjemaene har blitt borte i forbindelse med dette.

Ser vi på *dette* frafallet fra oppstart i 2008 og frem til sommeren 2013, har det samlet vært på om lag åtte prosent.

Flere permer

Registreringene totalt, både for Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC, viser at mange deltakere fortsetter opplæringen med flere permer. Registrering gjort på bakgrunn av fremmøte-

skjemaene for gruppesamlinger og seminarer, viser at deltakerne samlet har startet gruppearbeid på i alt 28 700 permer ved utgangen av 2014, for 27 400 permer er det mottatt dokumentasjon og godkjent gjennomføring. Dette tilsier at 95,5 prosent av permene fullføres med ett års opplæring og at deltakerne har fått tildelt studiebevis for gjennomgått perm.

Demensomsorgens ABC – Perm 1

Ser vi spesielt Demensomsorgens ABC, finner vi at mer enn 16.500 deltakere har registrert oppstart på Perm 1 innen utgangen av 2014, og antallet vil stige ettersom registreringer fra 2014 kommer inn. I figur 4.2 nedenfor har vi valgt å ta med deltakere fra 2008 til og med 2013. Her må vi forvente at alle registreringsskjema for oppstart er innsendt. I alt er 14.964 deltakere registrert på Perm 1.

Over 4 000 nye deltakere ble registrert i 2009 (figur 4.2). Som beskrevet i kapittel 3, økte antall kommuner som deltok i opplæringen fra 70 i 2008 til 210 i 2009. En del av denne økningen hang sammen med at flere av utviklingsprogrammene i demensplanen startet og kommuner som deltok i disse, fikk som nevnt tidligere opplæringsmaterialet kostnadsfritt.

Fra 2010 til og med 2013 har i gjennomsnitt 2 500 nye deltakere registrert oppstart på Perm 1 hvert år.

Demensomsorgens ABC – Perm 2

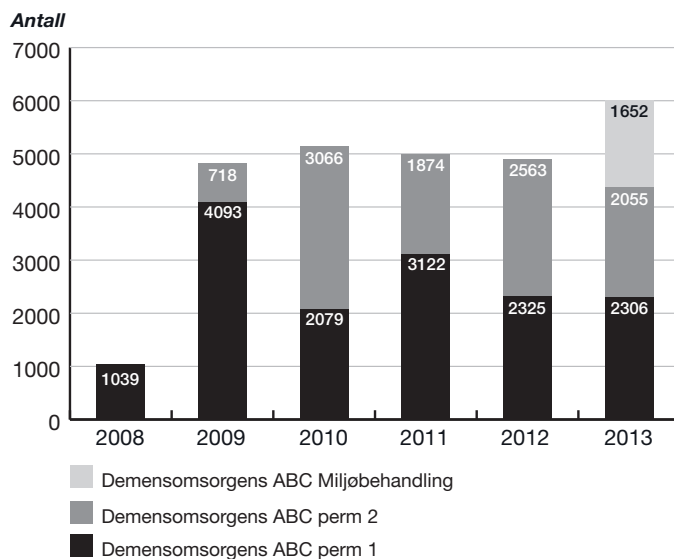
Omlag 90 prosent av dem som har gjennomført gruppearbeidet på Perm 1 og fått studiebevis, har registrert at de har startet på Perm 2. Det var ved utgangen av 2013 registrert oppstart av 10 276 deltakere på denne permene (figur 4.2).

Demensomsorgens ABC - Miljøbehandling

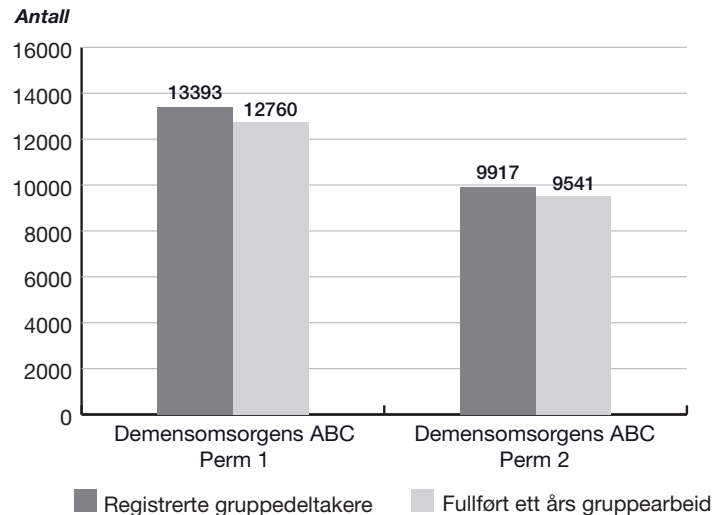
Permen om miljøbehandling, som ble utgitt i 2013, utgjør det tredje året i opplæringen med Demensomsorgens ABC. For 2013 ble det registrert 1 652 deltakere på denne permen (figur 4.2). To tredeler av disse hadde på forhånd gjennomført Demensomsorgens ABC – Perm 1 og Perm 2, rundt fem prosent hadde gjennomført Eldreomsorgens ABC med tre permer. Opp mot en tredel av deltakerne startet dermed direkte på permen om miljøbehandling uten å ha erfaring med ABC-opplæringen fra tidligere. Som nevnt var det åpnet mulighet for dette for å få med ledere og andre godt kvalifiserte medarbeidere i denne delen av opplæringen. Deltakerne ble også oppfordret til å sette sammen gruppene med personell fra samme avdeling eller enhet slik at en lettere kunne implementere miljøbehandling i virksomheten.

For å kunne svare på hvor mange som fullfører er vi avhengig av innsendte fremmøteskjema fra gruppemøter og seminarer. Som nevnt over kan det ofte ta lang tid før denne dokumentasjonen er på plass. Nedenfor har vi basert oss på tall til og med 2013. Av totalt 13 393 deltakere som har deltatt i gruppearbeid med Demensomsorgens ABC – Perm 1, finner vi at 12 760 (95,3 prosent) har fullført med studiebevis.

Som beskrevet over har 90 prosent av dem som har gjennomført Perm 1 registrert oppstart på Perm 2. Mange av disse har ennå ikke fullført. For perioden 2008-2013 er det registrert fremmøteskjema for 9 917 deltakere i gruppearbeid til Perm 2. Av disse har 9 541 (96,2 prosent) fullført og mottatt studiebevis (figur 4.3).



Figur 4.2. Deltakere registrert på Demensomsorgens tre permer 2008-2013.



Figur 4.3. Gjennomføring av Demensomsorgens ABC i gruppearbeid 2008-2013 basert registreringer av opplysninger fra innsendte fremmøteskjema.

Tverrfaglig deltakelse

I informasjonsheftet til kommunene legges det vekt på at gruppene skal settes sammen tverrfaglig.

Studiegruppene er selvdrevne og satt sammen tverrfaglig. Studiegruppene er en sentral del av opplæringsmodellen. Det anbefales seks til åtte deltakere. Gruppene bør i tillegg til å være tverrfaglig sammensatt, helst ha deltakere fra ulike avdelinger innen kommunens omsorgstjenester.

Målet er å utvikle både faglig og tverrfaglig forståelse og kunnskap hos gruppedeltakerne, samt å gi økt samhandling og samarbeidskompetanse. Gruppeprosessen, og deltakernes forståelse av denne, blir derfor svært viktig for et godt læringsmiljø i gruppene.

(Aldring og helse 2013)

Av de totalt 19 250 deltakerne som er registrert på Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC innen 2014, finner vi en prosentvis fordeling mellom yrkesgrupper som vist i tabell 4.1.

For de 13 393 deltakerne som det er registrert fremmøteskjema på for studiegrupper i Perm 1, (figur 4.3) er det en svak økning i andel sykepleiere fra første del av perioden (2008–2010) til siste del (2011–2013), fra 21,4 til 22,8 prosent. I samme periode går andelen helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeider ned fra 59,3 til 57,4 prosent. Andel deltakere uten helsefaglig utdanning øker fra 8,3 til 9,7.

Ser vi på fullføring av opplæringen for Perm 1 i Demensomsorgens ABC i forhold til yrkesbakgrunn, varierer dette fra 91 til 98 prosent. Samlet har 95,3 prosent fullført, sykepleierne 94,4, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere 96,2 og deltakere uten helsefaglig utdanning med 93,1 prosent (tabell 4.2).

Deltakere som går videre med Perm 2, viser en enda høyere gjennomføring for alle utdanningsgruppene (tabell 4.3).

I siste avsnitt i dette kapittelet kommer vi tilbake til tverrfaglighet når vi ser nærmere på et utvalg grupper.

Tabell 4.1. Deltakere* etter utdanning.

	Antall	Prosent
Sykepleiere	4 427	23,0
Vernepleiere	315	1,6
Ergoterapeuter	129	0,7
Fysioterapeuter	67	0,3
Annen høyskole- utdanning	217	1,1
Helsefagarbeider**	10 868	56,5
Aktivitører	383	2,0
Annen fagutdanning	396	2,0
Uten helsefaglig utdanning	1 849	9,6
Mangler opplysninger	599	3,1
Totalt registrert	19 250	100

* Registrerte deltakere i perioden 2008-2014.

** Helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Tabell 4.2. Gjennomføring av Demensomsorgens ABC – Perm 1 etter utdanning.

<i>Deltakere etter utdanning</i>	<i>Antall</i>	<i>Fullført</i>	<i>Prosent</i>
Sykepleier	2 962	2 797	94,4
Vernepleier	208	191	91,8
Ergoterapeut	87	85	97,7
Fysioterapeut	45	41	91,1
Helsefagarbeider*	7 786	7 489	96,2
Aktivitør	293	286	97,6
Annen fagutdanning	261	250	95,8
Annen høyskoleutdanning	155	144	92,9
Uten helsefaglig utdanning	1 221	1 136	93,1
Ikke oppgitt	375	341	90,1
Deltakere samlet	13 393	12 760	95,3

* Helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Tabell 4.3. Gjennomføring av Demensomsorgens ABC – Perm 2 etter utdanning.

<i>Deltakere etter utdanning</i>	<i>Antall</i>	<i>Fullført</i>	<i>Prosent</i>
Sykepleier	2 087	1 988	95,3
Vernepleier	148	140	94,6
Ergoterapeut	64	62	96,9
Fysioterapeut	30	29	96,7
Helsefagarbeider*	6 020	5 836	96,9
Aktivitør	254	247	97,2
Annen fagutdanning	194	184	94,8
Annen høyskoleutdanning	94	91	96,8
Uten helsefaglig utdanning	853	810	94,6
Ikke oppgitt	173	154	89,1
Deltakere samlet	9 917	9541	96,2

* Helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Andel ansatte i ABC-opplæring

Et spørsmål som ofte dukker opp i forbindelse med ABC-opplæringen er hvor stor andel det er av de ansatte i tjenestene som deltar. For å nærme oss dette har vi hentet inn oversikt over antall ansatt i de ulike yrkesgruppene, ikke årsverk, som arbeider brukerrettet i kommunal helse- og omsorgstjenester etter yrke.

Samlet deltar 9,5 prosent i ABC-opplæringen. Deltakerantallet er basert på egne registreringer ved oppstart. En ser at gruppen helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har over 16 prosent deltakelse, sykepleiere nærmere 12 prosent, ergo- og fysioterapeuter omkring 11 prosent, mens

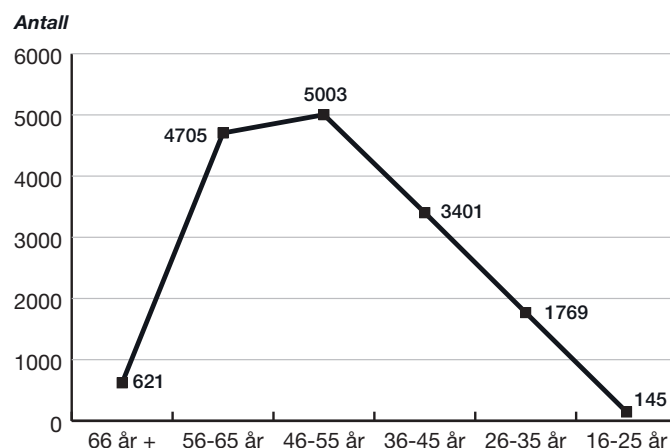
Tabell 4.4. Andel helse- og omsorgspersonell i ABC-opplæringen etter yrke.

Yrke	Andel %
Helsefagarbeider*	16,1
Sykepleier	11,8
Annen fagutdanning	27,0
Aktivtør	20,0
Vernepleier	3,5
Annen høyskole universitet	2,6
Ergoterapeut	10,8
Fysioterapeut	11,5
Uten helse- eller sosialfaglig utdanning	2,7
Ikke oppgitt / uspesifisert	13,6
Samlet	9,5

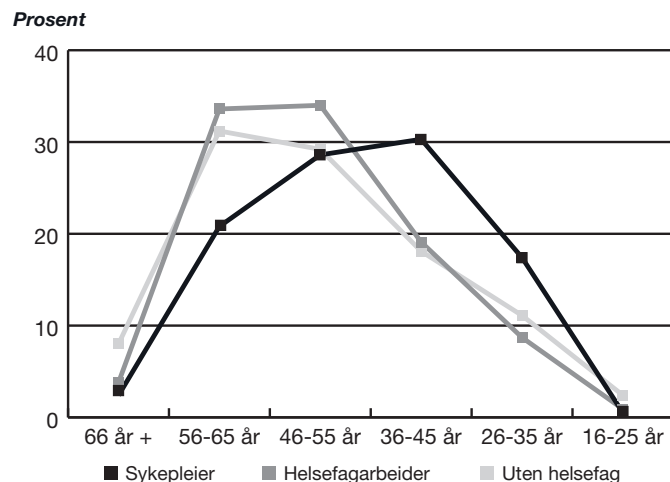
Registrerte deltakere i Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC beregnet ved statistikk tall for yrkesgruppene, hele landet SSB 2013.

* Omfatter også hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

vernepleiere og medarbeidere med annen høyskoleutdanning er mellom 2,5 og 3,5 prosent. Videre finner vi i denne beregningen at 35 prosent av helsepersonell i kommunene på landsbasis ikke har helse- eller sosialfaglig utdanning. Kun 2,7 prosent av disse er registrert i ABC-opplæringen.



Figur 4.4. Deltakere samlet, etter alder beregnet per 2015.



Figur 4.5. Deltakere etter yrke og alder beregnet per 2015.

Aldersfordeling

Som nevnt har deltakerne ved oppstart registrert fødselsår. I figur 4.4 vises aldersfordeling av deltakerne med utgangspunkt i 2015. Omlag en tredel av deltakerne som har fullført Perm 1, er 56 år eller eldre, en tredel er mellom 46 og 55 år. Bare en tredel er dermed 45 år eller yngre. Dette betyr at relativt mange av dem som har gjennomført opplæringen vil gå av med pensjon det nærmeste tiåret.

Ser vi på aldersfordeling etter yrke viser det seg at av de tre tallmessig største gruppene, helsefagarbeidere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, sykepleiere og personer uten helsefaglig utdanning, skiller sykepleiere seg noe ut ved at bare en femdel er 56 år eller mer, mens nesten halvdelen er 45 år eller yngre. I gruppen helsefagarbeidere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere er over 37 prosent 56 år eller eldre, mens om lag 29 prosent er 45 år eller yngre.

Ledernes erfaringer

Gjennomføring av opplæringen i tverrfaglige sammensatte studiegrupper, gjerne med deltakere fra flere arbeidsssteder anbefales. Erfaringer fra gjennomføringen er evaluert og i to rapporter gis det positiv erfaring på læringseffektene med tverrfaglig sammensatte refleksjonsgrupper. (Solheim 2001; Fossli e.a. 2011)

De fleste arbeidsplassene deltar med flere medarbeidere i opplæringen. Dette gjør det ofte lettere for deltakerne å få aksept i enheten for at det kan settes av tid til gruppemøter. Å ha lært det samme og ha felles erfaringer, er også en fordel når en ønsker å endre praksis.

Det kan være utfordrende å innføre nye tiltak der bare 1-2 fra et arbeidsssted deltar. Møter

iblant motstand, og da opplever deltakerne å få en personlig kompetanseheving som er vanskelig å spre videre. Derfor også vanskelig å utøve kunnskapsbaserte tjenester. Motiverte ledere er svært viktig for å få nye tiltak innført.

(Sitat fra koordinator i spesialisthelsetjenesten, juni 2013)

Det er gitt tilbakemeldinger på at tverrfaglig, sammensatte grupper fungerer bra i kommunene, selv om det også kan gi noen utfordringer. Faglige diskusjoner er en viktig del av målet med opplæringen. Det kan selvsagt oppstå uenighet, og erfaringer med vanskelige diskusjoner vil også være en viktig del av læringen ved refleksjonsarbeidet. Kommunekontakten og lederne har en viktig rolle ved å følge med på gruppenes gjennomføring og veilede der det er nødvendig. Eksempel fra en stor kommune med deltakere fra flere avdelinger synliggjør dette:

Gruppeinndelingene i vår kommune er forsøkt satt sammen slik anbefalingen fra Aldring og helse tilsier. Det vil si både tverrfaglig og tverretatlig. Kriteriene for gruppene har vært at de har hatt geografisk nær tilknytning til hverandre. De fleste gruppene har vist seg å ha fungert godt, noen unntak har det vært. Unntakene har gått på at det har vært vanskelig med møtepunkter, synspunkter kun ut fra sitt ståsted og de har hatt vansker med å enes. Trass dette, har det meste av respons på gruppesammensetningene vært at det er fornuftig å ha grupper på tvers. Det gir en helt annen forståelse og aksept av hverandres arbeidsplass, samt at kontakten og samarbeidet i ettertid har gått lettere i hverdagen generelt sett.

(Kommunekontakt i en stor kommune på Sørlandet, 2013)

Også for grupper sammensatt fra flere enheter i hjemmetjenesten, gir det effekt å kunne diskutere på tvers av arbeidsenheter og faggrupper. Her er eksempel fra en kommune med flere grupper i hjemmetjenesten, hvor sykepleiere og hjelpepleiere deltok:

Deltakerne gir tilbakemelding på at de reflekterer over egen jobbsituasjon på en annen måte enn tidligere og har fått på andre «briller». Opplevelsen av å lære mye nytt er stor, men flere får også bekreftet at de gjør mye riktig uten at de tidligere har reflektert over dette. Denne bekreftelsen er også viktig. Når de kommer opp i vanskelige og utfordrende situasjoner tar de med episoden tilbake i gruppa for diskusjon. Tilbakemeldingene fra deltakerne er at de også opplever å få brukt kunnskapen ute i felten. Tre av deltakerne har valgt å videreutdanne seg innen demensfeltet da de har blitt inspirerte til å tilegne seg mer kunnskap og en sykepleier har startet på et masterløp innenfor eldre og demens.

(Kommunekontakt i en stor
Østlandskommune, 2013)

Hvor arbeider deltakerne?

Av de 12 760 deltakerne som er registrert å ha fullført Demensomsorgens ABC – Perm 1 ved utgangen av 2013, arbeider 16 prosent ved skjermet enhet i sykehjem. I alt 42 prosent oppgir å ha andre sykehjemsavdelinger som hovedarbeidsplass.

Litt over 20 prosent arbeider i hjemmebaserte tjenester. Bemannet omsorgsbolig for eldre er oppgitt som arbeidsplass av 4,1 prosent, bemannet omsorgsbolig/bofellesskap for personer med demens 5,6 prosent, og botilbud for personer med utviklingshemning 2,4 prosent.

Andelen som arbeider ved dagtilbud for eldre er 1,7 prosent, ved dagtilbud for personer med demens 1,3 prosent, og dagtilbud for personer med utviklingshemning oppgis av 0,2 prosent (figur 4.6).

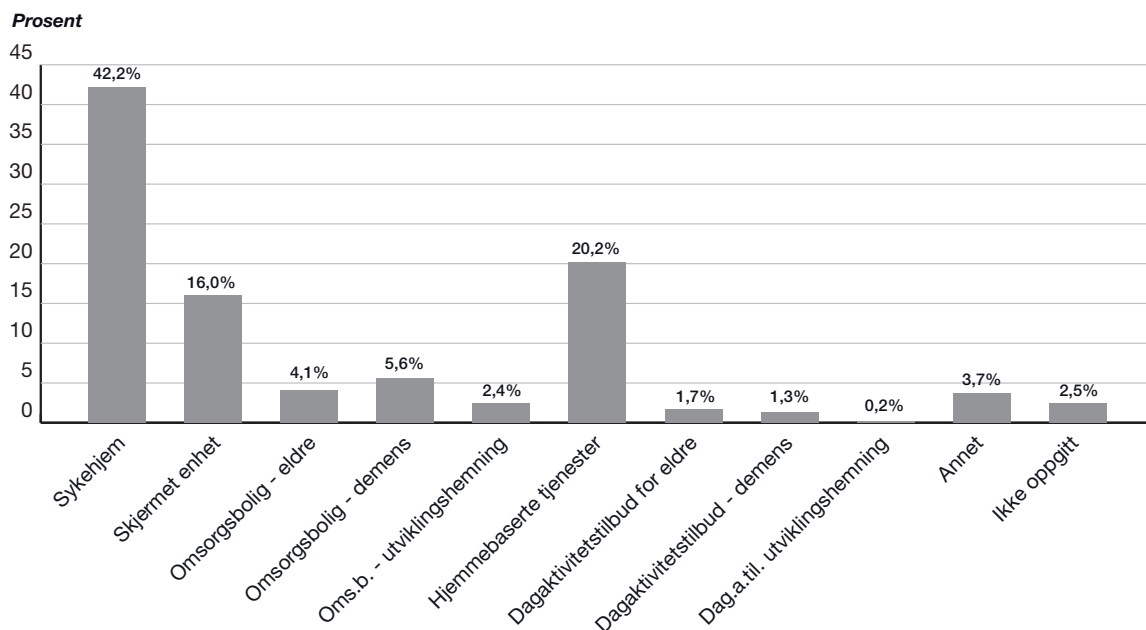
I alt oppgir 3,7 prosent at de har annet arbeidssted. Dette kan være kjøkkenpersonell, renholdere og vaktmestere. Vi finner også registrert at flere prester og kulturmedarbeidere har deltatt. I tillegg er det sosionomer ved seniorsentre og psykiatriske sykepleiere ved rus og psykiatritjenestene blant deltakerne. Flere ansatte ved alderspsykiatriske avdelinger har gjennomført Demensomsorgens ABC.

Det er ingen store forskjeller mellom yrkesgrupper i hvor de opplyser å ha sitt arbeidssted.

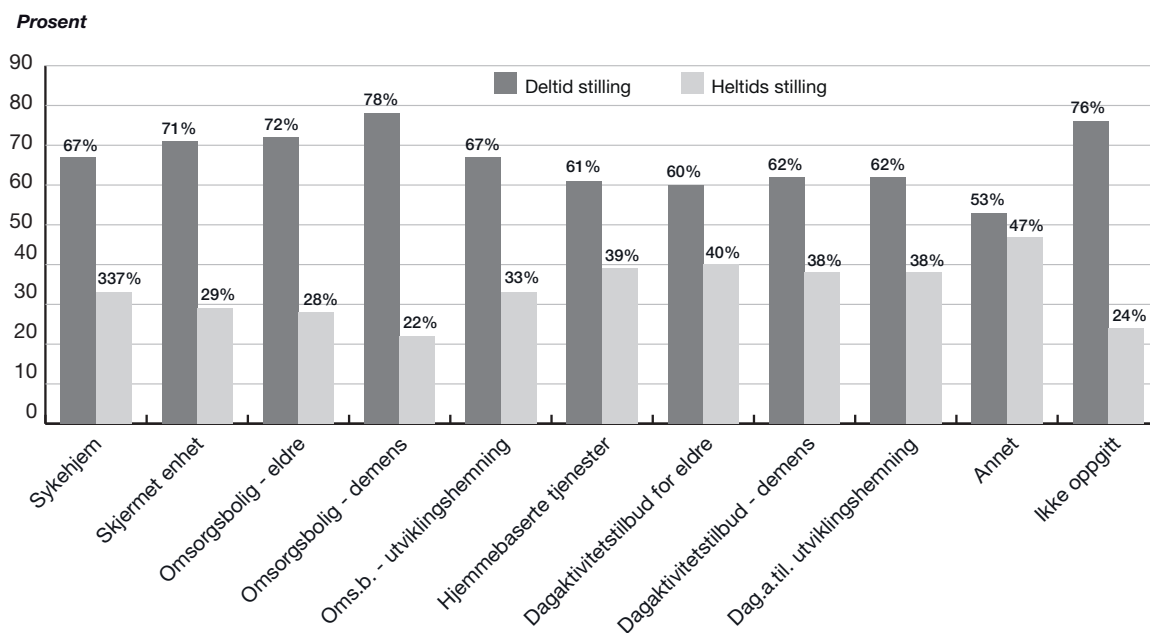
Heltids- eller deltidsansatte

Av de 12 760 som har fullført Demensomsorgens ABC – Perm 1, har en tredel oppgitt at de er heltidsansatt, to tredeler er deltidsansatt uten at vi har opplysninger om hvor stor stillingsandel de har.

Av dem som arbeider i skjermede enheter i sykehjem, opplyser 71 prosent at de jobber deltid, for ansatte i øvrige sykehjemsavdelinger er andelen 67 prosent. Høyest andel deltidsansatte finner vi i bokollektiver for demens i omsorgsboliger der 78 prosent opplyser at de ikke har full stilling. I hjemmebaserte tjenester er 61 prosent av deltakerne deltidsansatt.



Figur 4.6. Deltakere som har fullført Demensomsorgens ABC – Perm 1 etter arbeidssted.

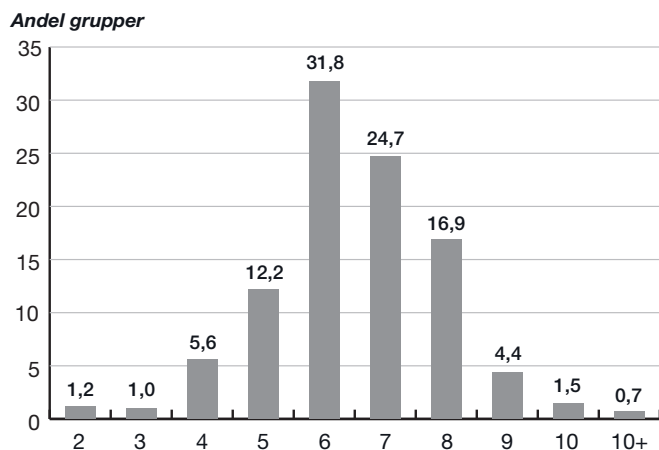


Figur 4.7. Deltakere som har fullført Demensomsorgens ABC – Perm 1. Etter arbeidssted og ansettelse.

Om gruppesammensetning, tverrfaglighet og gjennomføring

Vi har i dette kapittelet så langt sett på hele utvalget av deltakere, med utgangspunkt i opplysninger per deltaker. Så langt har vi ikke sett på gruppesammensetning, og hvordan anbefalingen om tverrfaglighet har blitt fulgt. For å få mere kunnskap om dette, hvor ofte gruppene møttes og lengde på møtene, har vi valgt å koble sammen deltakerregistreringene med registreringer av fremmøteskjemaer for grupper som startet med Demensomsorgens ABC Perm 1 i løpet av 2011. Utvalget ble hentet fra deltakerregistreringssystemet i oktober 2013, og inkluderte 2 676 personer. Da regnet vi med at de aller fleste som startet i 2011 hadde gjort seg ferdige med denne permien, og at vi også kunne undersøke hvordan gruppene hadde fungert.

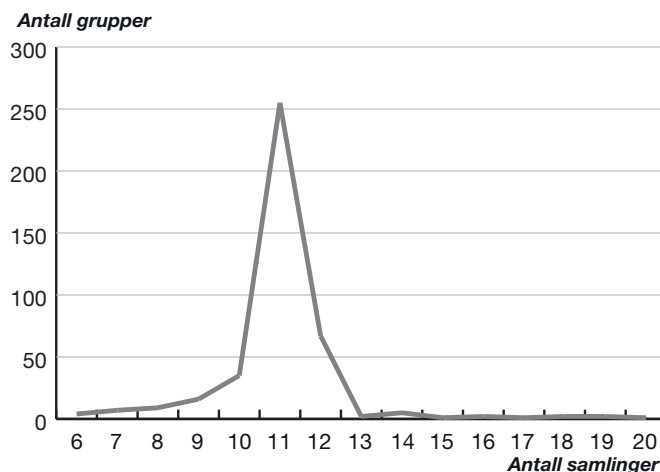
Likevel gjorde vi ett år senere, ved utgangen av 2014, en kontroll av antall deltakere for samme periode i 2011, og fant da at det var kommet inn fremmøteskjemaer fra flere grupper og nærmere 300 flere registrerte deltakere.



Figur 4.8. Grupper etter antall deltakere, prosent. (n=409)

Ved gjennomgangen i 2014 fant vi også at en høyere andel av dem som startet i 2011 hadde gjennomført enn det vi fant høsten 2013. I alt 3 122 personer hadde registrert oppstart på Perm 1 i løpet av 2011. Av disse hadde 2 962 (95 prosent) startet i studiegrupper. Høsten 2014 hadde i alt 2 812 (95 prosent) av disse fullført og mottatt studiebevis.

Arbeidet med å kople de to registreringene måtte gjøres manuelt, og var svært arbeidskrevende. Vi har derfor valgt å legge utvalget fra oktober 2013 til grunn for analysene. Det er lite sannsynlig at gruppesammensetninger, størrelse av grupper og lengde på gruppesamlinger, ville fremstått mye annerledes om vi hadde oppdatert materialet. Utvalget vi undersøkte ved å sette sammen opplysninger om enkeltpersoner og gruppetilhørighet, bestod derfor av 2 676 personer. Disse var fordelt på til sammen 409 grupper. Dette gir en gjennomsnitt på 6,5 personer per gruppe. Gruppestørrelsen varierte, slik den er registrert, fra to til 15 personer, men bare seks grupper hadde 10 deltakere og tre grupper hadde flere enn 10. De fleste gruppene (85,6 prosent) hadde mellom fem og åtte deltakere (figur 4.8).



Figur 4.9. Grupper etter antall samlinger.

Antall gruppesamlinger varierte fra seks til 20. I alt 255 grupper (62,3 prosent) hadde 11 samlinger. Av disse var 71 prosent av samlingene gjennomført med en varighet på to timer. Videre hadde 57 (22 prosent) av gruppene med 11 samlinger en tidsbruk per samlinger på halvannen time. Dette stemmer godt med anbefalingen om at man minimum bør ha en gruppesamling per hefte og at de kan være hensiktsmessig med en varighet på to timer.

Noen grupper har valgt å ha færre, men lengre samlinger. I alt 19 grupper har registrert seg med samlinger på tre timer, åtte av disse hadde enten seks eller sju samlinger, mens ni grupper brukte 11 samlinger for å gjennomføre Perm 1.

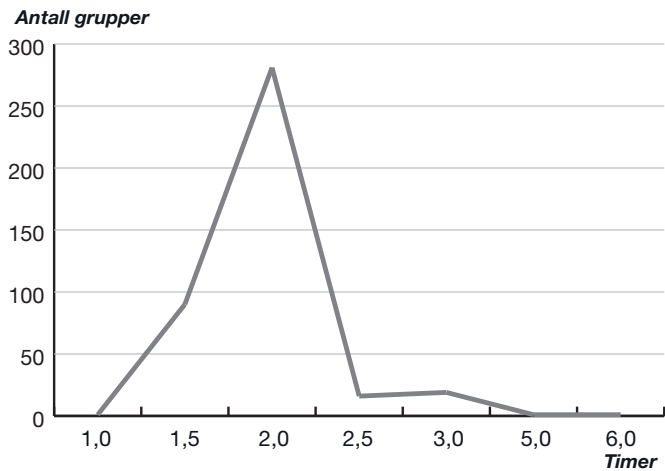
For hele utvalget ser vi at 69 prosent av gruppene bruker to timer på sine samlinger, og 22 prosent har samlinger på halvannen time.

Ved undersøkelsen av materialet får vi videre et inntrykk av hvorvidt gruppene er satt sammen tverrfaglig slik det anbefales. Tabell 4.5 viser at tverrfaglig sammensetning er gjennomført for til sammen 84 prosent av gruppene. Vi har da definert

tverrfaglig som at gruppen har en eller flere deltakere med høgskoleutdanning, i de aller fleste tilfellene sykepleier, og i tillegg enten deltakere med fagutdanning og/eller personer uten helsefaglig utdanning. Bare 15 prosent av gruppene bestod av kun faglærte deltakere, eller faglærte og personer uten helsefaglig utdanning. Ut fra dette utvalget synes det derfor som om anbefalingen om tverrfaglig sammensetning av gruppene i hovedsak er fulgt i kommunene.

Tabell 4.5.
Gruppesammensetning etter utdanning.

	<i>Antall</i>	<i>Prosent</i>
Høgskole. faglært	188	46,0
Høgskole, faglært, ufaglært	156	38,1
Faglært, ufaglært	40	9,8
Faglært	22	5,4
Høgskole, ufaglært	2	0,5
Ufaglært	1	0,2



Figur 4.10. Grupper etter lengde på gruppesamlinger (timer).

Kommunekontaktene er viktige aktører i forberedelsene til ABC-opplæringen. Sammen med ledere, medarbeidere og også tillitsvalgte fra fagforbundene, skjer rekruttering og strukturering av gruppene. Dette ser vi nærmere på i neste kapittel.



Lise Øverland

KAPITTEL 5

Å være kommunekontakt og samarbeidspartner i satsingen

Gjennom *Demensplan 2015* og *Kompetanseløftet 2015* har ABC-satsingen blitt et langt mer omfattende tiltak enn man kunne se for seg i starten. Det synes hevet over tvil at denne formen for opplæring har truffet et behov i kommunene og i tillegg har hatt en form og en økonomi som har gjort det mulig for kommunene å satse.

Uten et omfattende nettverk av samarbeidspartnere, som beskrevet tidligere, ville det ikke vært mulig å gjennomføre satsingen. For mange av de miljøene som i starten sa ja til å delta har nok innsatsen bli større enn de opprinnelig hadde antatt.

Som en del av denne rapporten ønsket vi å få inn synspunkter fra samarbeidspartnerne på hvordan de opplevde arbeidet og hvordan de har løst større og mindre utfordringer i de årene de har deltatt. For å få frem denne informasjonen valgte vi å gjennomføre en intervjuundersøkelse av et utvalg kommunekontakter og samarbeidspartnere.

Metode og utvalg

Som beskrevet tidligere hadde vi allerede i juni 2013 hentet inn noen erfaringer fra en del samarbeidspartnere. Til sammen ti kompetansemiljøer

som deltok i satsingen, ble da bedt om å gi en skriftlig tilbakemelding på noen spørsmål. Seks av miljøene var i spesialisthelsetjenesten, tre var utviklingssentre enten for sykehjem eller hjemme-tjenester (USHT) med ansvar for et større antall kommuner, og ett var et kommunalt kompetansemiljø. Vi ba også to kommunekontakter i to store kommuner, om innspill. I tillegg hadde vi tilgang på skriftlig tilbakemelding fra en ABC-gruppe som hadde oppsummert sine erfaringer.

Disse tilbakemeldingene dannet grunnlag for valg av tema ved denne erfaringsinnhenting. Det ble utarbeidet to intervjuguider, en beregnet på kommunekontakter (vedlegg 3) og en til samarbeidspartnere (vedlegg 4). Datainnhenting ble gjennomført som et semistrukturert intervju. Det ble i også åpnet for at tilleggstema som kom opp intervjuet, kunne følges opp, og at de som ble intervjuet fikk mulighet til å presentere synspunkter som i utgangspunktet ikke var omfattet av spørsmålene.

Det ble gjort lydopptak av intervjuene som ble foretatt på informantenes egen arbeidsplass. Prosjektleder i ABC-satsingen, Betty Sandvik Døble, gjennomførte samtlige intervjuer, mens

daværende daglig leder ved Aldring og helse, Arnfinn Eek, deltok på ni, hovedsakelig med samarbeidspartnere. Intervjuene ble transkribert av sekretær Anne Lise Eriksen, som har lang erfaring i denne type arbeid. Fagkonsulent Lise Øverland, Aldring og helse, har uavhengig av intervjuerne, systematisert og analysert det transkriberte materialet.

På tross av vårt ønske om objektivitet, vil nok vår egen forforståelse, roller, posisjoner og teoretiske referanseramme prege rapporteringen. Dette kan ha påvirket både i utvalg av intervjuobjekter, innsamling og behandling av informasjon og synspunkter som kom frem i intervjuene. I beskrivelsen av det som har kommet frem ved intervju av begge gruppene, har vi sett etter mønstre og kjennetegn som vi gjennom systematisk kritisk refleksjon har identifiser og gjenforteller. Men først litt om utvalget.

Utvalg

For intervju med kommunekontakter, ble det valgt ut seks kommuner fordelt på fem fylker. En av kommunene var i løpet av prosjektet slått sammen med en større nabokommune, men representanter for den opprinnelige kommune ble intervjuet.

Kommunekontaktene ble forespurt per telefon om de kunne tenke seg å delta i undersøkelsen. Alle sa seg villige til dette, noen etter å ha samtalt med overordnet for godkjenning. Alle fikk i tillegg tilsendt en mail med informasjon om undersøkelsen og formålet med denne.

Ved utvelgelse ble det lagt vekt på å få informasjon fra kommuner med forskjellig størrelse. Den største kommunen hadde over 130 000 innbyggere, tre hadde fra 24 000 til 30 000, en 7 500, og den minste hadde om lag 500 innbyggere.

Fra de samme fem fylkene er det samlet inn erfaringer fra samarbeidspartnere. Disse representerer ulike fagmiljøer. I fire av fylkene har de fordelt oppfølging av kommunene etter geografiske forhold.

I et av de nordlige fylkene, som er med i undersøkelse, har USHT ansvar for åtte kommuner i en del av fylket, mens et interkommunalt kompetansenettverk har ansvar for åtte kommuner i en annen del av fylket. Aldring og helse har tatt ansvar for å følge opp de resterende kommunene i dette fylket. I Midt-Norge er to fylker med i utvalget. I det ene har et utviklingssenter ansvar for oppfølging av 14 kommuner, mens 11 kommuner koordineres av en regional kompetanseavdeling knyttet til videregående opplæring. I det andre fylket som deltar, er ansvaret fordelt mellom to alderspsykiatriske enheter som følger opp henholdsvis 17 og 18 kommuner i hver sine geografiske områder.

I fylket som er valgt ut i Vest-Norge, er også ansvaret delt mellom to fagmiljøer. Et utviklingssenter følger opp 11 kommuner og et kompetansemiljø i spesialisthelsetjenesten følger åtte kommuner.

I Øst-Norge er det valgt et fylke der et utviklingssenter har totalt oppfølgingsansvar for alle kommunene som deltar.

Til sammen deltar fire utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, ett interkommunalt kompetansenettverk, en regional kompetanseavdeling knyttet til fylkeskommunal videregående opplæring, og tre kompetansemiljøer fra alderspsykiatrisk eller geriatrisk spesialisthelsetjeneste.

Intervju med kommunekontaktene

I to av de seks kommunene har to kontaktpersoner vært knyttet opp mot ABC-satsingen, enten på grunn av store geografiske avstander i kommunene, eller at det er kommuner med mange innbyggere og et stort tjenesteapparat.

Kontaktpersonene er alle sykepleiere, flere med videreutdanning og med erfaring som fagledere, og etter hvert med god kjennskap til ABC-modellen. Følgende tema danner grunnlaget for erfaringene som presenteres i gjennomgangen av intervjuene med kommunekontaktene:

- Forankring
- Oppgaven som kommunekontakt
- Gruppene
- Seminarer
- Samarbeid med fylkesmannsembetene
- ABC-modellen som et kompetansehevende tiltak
- ABC-modellen som en bakgrunn for tiltak eller tilbud i kommunene.

Forankring

Alle presiserer hvor viktig det er at ABC-opplæringen er forankret høyt oppe på administrativt nivå i kommunen i tillegg til at de nærmeste lederne må være positive og praktisk legge til rette for gjennomføringen, tre av dem sa:

«Det var enhetslederne som dro dette i gang i sin tid, og de ville gå bredt ut. De fikk med seg rådmannen – det er lurt på en så stor satsning.»

«I vår kommune bestemte rådmannen at alle som jobbet i eldreomsorgen skulle delta – det var 116 som startet opp og 113 som fullførte.»

«Vi hadde en ledelse som var veldig positiv – og da ble jeg motivert til å sette i gang!»

En kommunekontakt forteller at også ordføreren fikk informasjon:

«Han var med på oppstarten – fikk informasjon, ja så det var faktisk politisk forankret også.»

Flere legger også vekt på at det er viktig at mellomlederne deltar i studiegruppene. En sa:

«Det er viktig at avdelingslederen er med – da skjønner hun hvor viktig det er å få med seg seminarene og å få til gruppesamlingene.»

En annen fremholdt det sammen, men da med tanke på å få til endringer i tilbudet til pasientene. Flere av kommunekontaktene legger vekt på at hele pleie- og omsorgsenheten nå er engasjert i ABC-opplæringen – tidligere var det mest ansatte på institusjonene som deltok, men at det nå blir fler og fler ansatte i hjemmetjenesten som deltar. I en kommune hadde kommunekontakten egne oppstartsseminar for ledere som ikke selv skulle delta i ABC-opplæringen. Men best erfaring var det dersom avdelingsledere også deltok i opplæringen:

«I forkant har vi egne motivasjonsseminarer for lederne – dette fører til at vi får en felles forståelse for hva dette dreier seg om, metoden, tidsbruk og faglig innhold.»

En av kommunekontaktene jobber som fagutviklingssykepleier og hun formidlet at Demensomsorgens ABC hadde vært positiv for hennes innpass ute i enhetene:

«Det er sånn nå at når jeg ønsker å sette i gang andre prosjekter så får jeg gehør – de kjenner meg fra ABC'n – jeg får goodwill.»

Flere presiserte at ABC-modellen er en del av kommunens vedtatt kompetanseplan. En la vekt på at gjennomgått Demensomsorgens ABC medførte økt lønn:

«Det har ikke vært noe problem for de som har lagt inn lønnskrav å få det – og det gjelder også for dem uten formell helsefaglig utdanning.»

Flere legger vekt på at det er stor interesse for demensomsorg i samfunnet, det gjør både rekruttering av deltakere og forankring i ledelsen lettere. De opplever at det gir høyere status å arbeide med personer med demens nå enn tidligere. Dessuten har ABC-modellen etter hvert blitt et kjent begrep i kommunene slik at det blir lettere å få satt i gang nye grupper – lederne vet hva ABC-opplæringen er og innebærer.

Oppgaven som kommunekontakt

Av intervjuene kommer det frem at kontaktpersonene har forskjellige stillinger, oversykepleier, demenskontakt, demenskontakt i 50 prosent stilling sammen med 50 prosent stilling på skjermet enhet for personer med demens, fagutviklingssykepleier og avdelingssykepleier. Alle er usikre på når det var oppstart av ABC-modellen i deres kommune:

«Var det ikke i 2008 da – nei nå må jeg sjekke papirene mine... vi har jo jobbet med dette ganske lenge da...»

Alle formidlet at ABC-opplæringen har medført merarbeid, men at det går i perioder. Det varierer hvor mange deltakere og enheter hver kommunekontakt følger opp og det vil prege arbeidsbelastningen den enkelte opplever. Spesielt i forbindelse med oppstartsseminarene er det en del ekstra arbeid både informasjon, bestilling av permer og å ordne med lokaler til undervisning og grupper. Dessuten er det å rekruttere deltakere en viktig jobb og til tider tidskrevende jobb:

«Jeg drar rundt på personalmøter og informerer, folk er positive og alle får tilbud – de fleste takker ja. Etter hvert når noen hadde deltatt i

ABC'n så ble det spredd at dette er noe som er veldig nyttig og bra – det motiverte dem som ikke hadde startet opp til å delta i runde nummer to – kanskje spesielt dem ... sånn på assistentnivå som ikke har helsefaglig utdanning.»

Flere forteller at de ikke synes det er en veldig tidkrevende. Oppgaven som kommunekontakt går litt sammen med den stillingen de har i kommunen. Flere legger vekt på at kommunekontakten, for å bli kjent med opplegget, selv må delta i ABC-opplæringen. En sa:

«Opplegget er så bra – en får det rett i fanger liksom, og etter oppstartseminaret og gruppene er etablert, har det stort seg gått av seg selv.»

Gruppene

At det er en leder eller definert kontaktperson i den enkelte studiegruppa er vesentlig for at gjennomføringen blir vellykket. En kommunekontakt forteller:

«Ja, vi valgte en hovedleder for hver gruppe, en som hadde ansvaret for disse skjemaene som skal fylles ut, en person en kunne si i fra til om en ikke kunne komme på gruppa og sånn. Men ledelsen av selve gruppemøtet gikk på omgang – dermed fikk alle prøve lederrollen – det fungerte bra. Det er både hjelpepleiere, sykepleiere og assistenter som har vært hovedledere altså – nyttig for alle å forsøke seg i en administrativ rolle tror jeg.»

Det er forskjell fra kommune til kommune hvordan deltakerne får kompensasjon for fritid de bruker på gruppesamlingene, og hvordan gruppesamlingene påvirket driften. En forteller at det hele ble litt paradoksalt:

«Gruppesamlingene medførte at vi gjorde det motsatte av det vi lærer i ABC'n – vi hadde ikke

mulighet til å være tilstede for pasientene. Det var kanskje bare to ansatte til stede i avdelingen når det egentlig skulle vært fire.»

En fortalte at:

«I min kommune får vi avspasere halve tiden vi sitter i gruppe, resten må vi ta av egen fritid – det er ikke alltid så populært.»

Mens det i andre kommuner fungerer slik at en samler opp time for time og kan avspasere i ettertid. De som møter på seminardagene når de skulle hatt fri, får kompensert dette i avspasering eller lønn.

En formidler at ledelsen er viktig for at arbeidet i gruppene skal gå greit:

«... du kan på en måte si at gruppene er selvdrevne, men der det har vært mye skifte i ledelsen har de ikke kommet så godt i gang. Lederen må spørre dem hvordan det går, være klar over og positiv til at de skal på seminar og gruppesamlinger... ikke for mye sukk og stønn fra lederen er viktig – lederen må backe opp altså.»

Det har variert fra gruppe til gruppe hvor lang tid de har brukt på permen – noen synes at enkelte hefter var for omfattende og tok et halvt hefte av gangen – da ble det noen flere gruppesamlinger. Alle mener at det kan ha vært enkelte gratispassasjerer, men at de ikke har hørt om det. En sier det sånn:

«Det er stort sett veldig samvittighetsfulle og pliktoppfyllende folk, er det noen gratispassasjerer så tror jeg det er få».

Seminarer

Alle kommunekontaktene vektlegger at seminarer er viktige – både for å få faglig påfyll og ikke minst økt motivasjon.

Alle vektlegger at samarbeidet med USHT, spesialisthelsetjenesten eller andre som har et overordnet ansvar, som viktig og inspirerende.

«Så kom Anne og gikk gjennom oppsettet fra dere – og andre fra spesialisthelsetjenesten har også undervist, folk med god og mye kunnskap, det har vært både nyttig og inspirerende»

Det kommer frem at det er tre modeller for gjennomføring av seminarer. Den ene er at USHT, spesialisthelsetjenesten eller andre samarbeidspartnere regionalt, fra seminar til seminar i samarbeid med kommunekontaktene, bestemmer tema og programmet for seminarer. Den andre modellen er at det er fast program for seminarer. En kommunekontakt i en stor kommune forteller:

«De store seminarer er på sykehuset, men oppstartsseminarer har vi her lokalt. Gruppene melder seg på seminarer når det passer for dem og avdelingene. De samme seminarer arrangeres flere ganger altså.»

En tredje modell er at den enkelte kommunen selv står for organisering og gjennomføring av seminarer, kommunekontakten ofte sammen med en leder, er ansvarlig.

Samarbeid med fylkesmannsembetene

Den enkelte kommune kan søke om økonomisk støtte til ABC-opplæringen fra kompetansemidler som administreres av fylkesmannsembetene. Dette er en del av Kompetanseløftet 2015. Alle formidlet at dette fungerte greit. En kommunekontakt hadde tettere kontakt:

«Vi blir kalt inn til møte og forteller hvordan det går – og da kommer de fra spesialisthelsetjenesten»

tjenesten også – og de hos Fylkesmannen forteller om det er noe nytt».

ABC-modellen som et kompetansehevende tiltak

Alle kommunekontaktene formidler behovet for å øke kompetansen hos alle ansatte – en kaller det «grunnkompetansen om demens». Mange sier også at dette er en god form for læring, at det er overkommelig for de fleste og at det er praktisk gjennomførbart i en travel hverdag.

En sier det sånn:

«Folk kan jo mye mer enn når de begynte – ABC'n har gjort oss mer rusta sånn generelt og spesielt med tanke på demens da. Vi har jo lest det samme alle sammen – det tror jeg var spesielt bra i vår kommune – de fleste deltok. Og alle var til stede på de samme seminarene, vi måtte kjøre det samme seminaret to dager etter hverandre. Det er lettere å prøve ut ting nå.»

Noen kommunekontakter beskriver også en frustrasjon blant deltakerne over at det ikke er ressurser til å gjennomføre etter intensjonene i ABC-opplæringen. De hadde gode ideer, med så fikk de enten ikke gehør hos lederen eller det var rett og slett ikke tid eller ressurser til å gjennomføre tiltak.

Mange fremhever at Demensomsorgens ABC er tilgjengelig for mange og at det tar ett år å jobbe seg gjennom permen:

«ABC'n er på en måte både enkel og genial. Kunnskap er blitt tilgjengelig for mange. Det er ikke sånn at en eller to får reise på et kostbart kurs – men kunnskap blir integrert – vi får jo diskutert det vi lærer med tanke på våre egne pasienter»

ABC-modellen som en bakgrunn for tiltak eller tilbud i kommunene

I kommuner der det er deltakere både fra hjemmetjenesten, dagsentra og institusjoner, formidles det at samarbeidet internt i kommunen er bedre, og man mener at dette er en effekt av at ABC-opplæring går på tvers av enheter.

En fagleder i hjemmetjenesten forteller:

«Vi fikk tilbud om dette her da, og det var allerede bestemt og gjennomdiskutert på institusjonene. Vi diskuterte det her – og fant ut at det er et økende behov for kompetanse om demens også i hjemmetjenesten. Så det var ikke noe vanskelig valg. Men den andre gevinsten er samarbeid – pasientene beveger seg jo innenfor de to områdene institusjon og hjemmetjeneste. Vi ser at pasientene er forskjellige ute og inne – vi lærer den totale pasienten. Og når ansatte i institusjon og hjemmetjenesten er i samme gruppe og vi treffes på seminarer så blir det lettere å samarbeide om hver enkelt pasient også...»

Og hun fortsetter:

«Vi har fått en felles forståelse for den hverdagen pårørende står i – vi snakker med hverandre om hva vi kan gjøre for at pårørende kan få det bedre. Så det er... jo terskelen er ikke så høy nå for å ta kontakt med forskjellige. Vi må sammen tenke sånn at det er mange skritt å gå mellom det å bare ha dagsentertilbud og så full institusjonsplass. Det må være en kombinasjon med dagtilbud og hjemmetjeneste.»

En annen kommunekontakt formidler det samme:

«Vi har fått knytta litt bånd – satte sammen gruppene på tvers – samarbeidet er mye bedre. Så det er den største gevinsten med hele opplegget, og at du får økt kunnskap om demens så klart.»

Også hun legger vekt på at fokuset i heftene om pårørendes situasjon har gitt en ny forståelse. En annen av kommunekontaktene vektlegger fokus på diagnose og utredning:

«Det er ikke bare det å bli gammel, men at demens er forskjellige sykdommer. En deltaker hadde sagt det sånn at nå forstod de at pasienten som flyttet inn på sykehjemmet hadde vært syk i mange år allerede – og fått mer forståelse for både pasienten og de pårørende.»

Krav til legens arbeid i utredningen og oppfølging av personer med demens er også blitt endret. En sier det sånn:

«Nå har også legene her fått med seg at her skjer det ting – og at det er større krav til utredning og diagnostisering – vi vil vite hvilken demenssykdom pasienten har.»

En kommunekontakt i en stor kommune forteller at de har organisert hjemmetjenesten på en ny måte – etter arbeidslagsmodellen.

«Faste hjelpere i et begrenset antall – og folk med kompetanse om demens.»

Intervju med samarbeidspartnere

Som nevnt over deltar fire utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, ett interkommunalt kompetansenettverk, en regional kompetanseavdeling knyttet til fylkeskommunal videregående opplæring, og tre kompetansemiljøer fra alderspsykiatrisk eller geriatriisk spesialisthelsetjeneste.

I fem av intervjuene var det en person som hadde hovedansvaret for å følge opp ABC-satsingen som ble intervjuet. I ett intervju var det fire ansatte på et USHT til stede i intervjusituasjonen. Hvert intervju er etter transkribering på om lag 11 tetskrevne sider. Det som gjengis her er kun en del

av det som ble formidlet. Det er mange lokale beskrivelser som er utelatt i denne oppsummeringen.

Samarbeidspartnere har først og fremst fulgt opp deltakelsen i Demensomsorgens ABC – Perm 1 og 2. I noen grad har de også fulgt opp deltakere i Eldreomsorgens ABC, og de er nå i gang med å følge opp deltakere i Miljøpermen.

I de geografiske områdene samarbeidspartnere har ansvar for, varierer andelen kommuner som deltar i opplæringen fra 70 til 100 prosent.

Følgende tema danner grunnlaget for erfaringene som presenteres i gjennomgangen av intervjuene med samarbeidspartnere:

- Forankring
- Oppgavene for samarbeidspartnere
- Samhandling mellom kommunene
- Seminarer
- ABC-modellen som et kompetansehevende tiltak
- ABC-modellen som bakgrunn for tiltak eller tilbud i kommunene.

Forankring

Alle som er intervjuet opplever at de har et godt samarbeid med kommunene og Fylkesmannen. Det er viktig å komme ut å informere i kommunene, en sier det sånn:

«Det jeg har erfart er at når vi kommer ut og forteller om ABC'n da blir det oppfattet litt annerledes enn om det er en av lederne i kommunen som informerer – det blir tatt litt mer på alvor.»

Det er viktig at ABC-opplæringen er forankret i ledelsen i kommunen. Det er også viktig at alle

ansatte behandles likt. Alle må få godtgjort den dagen de er på seminar – ikke bare den som skulle vært på tidligvakt. Og en må bli enige om godtgjøring for gruppesamlingene. En samarbeidspartner forteller:

«I en og sammen kommune var det sånn at noen måtte ta gruppesamlingene på fritiden og andre fikk den godtgjort. Og det samme gjaldt seminarene – noen måtte jobbe seinvakt etter seminar mens andre fikk fri. Dette tror jeg førte til en relativt stor avskalling av deltakere.»

Fylkesmannen har spilt en viktig rolle både organisatorisk og ved tildeling av kompetansemidler. Fylkesmannen har vært til stede på en del informasjonsmøter, og har oppfordret kommunene til å gå i gang med ABC-opplæringen. Flere av samarbeidspartnerne har fått Fylkesmannens liste over kontaktpersoner, slik at de har hatt en sentralt plassert ansatt i hver kommune som de i utgangspunktet tar kontakt med.

I de største kommunene er det viktig for samarbeidspartnerne å ha kjennskap til hvem av de aktuelle ansatte på det enkelte sykehjem eller i distrikt i hjemmetjeneste, det er aktuelt å henvende seg til. Dette vil ofte være fagutviklingssykepleier eller oversykepleier. Som en samarbeidspartner sier:

«Det er viktig at du får med deg de rette folkene med en gang – og få informert bredt. I en stor kommune holder det ikke å informere bare på toppen.»

To samarbeidspartnere beskriver at arbeidet med ABC-opplæringen er forankret i ledelsen i deres virksomhet:

«De er veldig interessert i at vi driver det – så det er forankra et par hakk opp. De brenner

også veldig for dette arbeidet og synes det er spennende.»

«Det er regionrådet (RR) som er min arbeidsgiver – men mye tas også opp i administrativt råd (AR) der alle rådmennene sitter. Så det at vi skulle satse på ABC'n ble tatt opp både i AR og RR. Det var jo ikke noe vits i å satse på dette her om kommunene ikke sendte folk.»

Oppgavene for samarbeidspartnerne

Mange opplever at ABC-opplæringen er en god inngangsport fra «senterne» ut i kommunen:

«Vi blir både et kjent ansikt og en kjent virksomhet for ledere og andre ansatte ute i den enkelte kommunen. Det at ABC'n er en nasjonal satsing tror jeg gjør det lettere å selge den inn til ledere. Og er vi først innenfor med ABC'n blir det lettere å komme inn med annen kompetanseheving og prosjekter også.»

Samarbeidet med kommunekontaktene er viktig. I løpet av årene har det vært noen utskiftninger, og da er det viktig å møte den nye kontaktpersonen og bli kjent og få gitt informasjon. Alle samarbeidspartnerne opplevde at de hadde en positiv og konstruktiv dialog med kommunekontaktene. Flere av samarbeidspartnerne tok ansvar for å bestille inn permer til oppstartsseminarene.

Flere beskriver at de er to eller tre, et sted fem personer, knyttet til kompetansemiljøet, som arbeider med ABC-opplæringen:

«Vi diskuterer hvordan det er lurt å informere, tema for seminarene, hvem vi kan få til å undervise på seminarene og sånn. Er det en av oss som sluttet så må vi ikke begynne helt fra bunn av igjen. Det tar litt tid å komme inn i selve modellen altså.»

Mange er opptatt av å systematisere arbeide med å følge opp ABC-opplæringen, en sier det sånn:

«Det går lettere nå som jeg har fått modellen under huden, blitt kjent med folk i kommunene og i andre fagmiljøer. Jeg prøver å legge inn faste rutiner – sende ut informasjon til faste tider på året, tilby seminarer i god tid – ja, jeg har fått erfaring med hva som lønner seg.»

En av samarbeidspartnerne som arbeider ved et kompetansemiljø med mye forskning sier:

«Det er en unik mulighet til å komme ut og formidle ny kunnskap til dem som jobber nært pasientene – det er jo ikke noe vits i å øke vår kompetanse her inne dersom det ikke kommer pasientene til gode.»

Alle samarbeidspartnerne beskriver at det har vært nyttig for dem å arbeide med ABC-satsingen. De arbeider aktivt med å markedsføre ABC-opplæringen i kommunene. De har blitt kjente med fagpersoner og ledere i kommunene. Og mange nevner også at samarbeidet med og støtten fra Aldring og helse har bidratt positivt.

«Det passer jo ypperlig inn i våre oppgaver egentlig – det er en kjempehjelp rett og slett å ha disse permene – et så bra kompetanseverktøy å spre. Og inspirasjonsseminarene for samarbeidspartnere på Gardermoen i oktober har vært kjempekjekt – artig å treffe folk fra hele landet som brenner for det samme som jeg. Vi hadde aldri fått kjennskap til «Grimstad-modellen» om jeg ikke hadde vært tilstede der.»

Samhandling mellom kommunene

Kommunene er forskjellige – både med tanke på organisering, geografi, antall innbyggere og ressurser. Det krever at samarbeidspartnerne er fleksible og finner lokale løsninger. Et eksempel er:

«Vi har kjørt likt seminar i en kommune, og så dagen etter i nabokommunen. Da må de heller kjøre mellom, men det blir lettere å få kabalen til å gå opp og flere får anledning til å delta.»

Det varierer hvem som er kontaktperson i den enkelte kommunen, noen ganger er det en leder, andre ganger demenskoordinatorene eller fagutviklingssykepleiere.

To kompetansemiljøer gir et tilbud til alle kontaktpersonene i «sine» kommuner om felles fagdager. En forteller at også fagpersoner fra distriktsmedisinsk senter inviteres på disse fagdagene. Hun sier:

«Det er kjempe viktig å få tak i ildsjeler i kommunen som brenner for kompetanseheving i demensomsorgen. Det er dannet ressursgrupper i forbindelse med disse samlingene – det blir jo viktig å jobbe på tvers når kommunene er så små eller på tvers av distrikter i større kommuner.»

Flere beskriver at kommuner med omorganisering og ombygning kan være vanskelig å få rekruttert inn i ABC-arbeidet.

«Det blir ofte så mye uro og konflikter ved omorganiseringer i kommunene – da må en ligge litt lavt en periode og senere stå litt på for å holde trøkket oppe. Hører vi ikke fra en kommunekontakt må vi ta litt tak – etterspørre progresjon, minne om seminarer og sånn.»

Mange legger vekt på at det er helt vesentlig for å lykkes i ABC-arbeidet at lederne er positive og engasjerte, en hevder:

«Der avdelingslederen er god på å verdsette kompetansen ABC'n gir – at ansatte får bruke den i praksis, i rapportene, i kontakt med pårørende, så opplever folk at de virkelig utvikler seg.»

Seminarer

En av samarbeidspartnerne forteller:

«Jeg starter ofte på første seminar med å fortelle at deltakerne nå er en del av et stort fellesskap for å heve kompetansen til alle ansatte i omsorgstjenesten i landet – det ser jeg inspirerer. Jeg føler at vi får dem til å vokse litt – at de forstår hvilken viktig jobb de gjør.»

Mange formidler at det å finne et passende tidspunkt for seminarene kan være en utfordring. Det blir mange mailer frem og tilbake med kommunekontakten og den som skal undervise. når datoer først er satt, går det greit. Det er forbundet med en del administrativt arbeid å arrangere seminarene – være vertskap, ordne lokaler, bevertning og påmelding i tillegg til å sette opp program og hente inn aktuelle forelesere. Flere velger å kjøre det samme seminaret to dager etter hverandre. Det er ofte så mange deltakere i ABC-opplæringen fra samme arbeidssted at det blir umulig gi forsvarlige tjenester til pasienten om alle deltakerne er på samme seminar.

En samarbeidspartner tilbyr seminarer med et fast program, lokalisert til deres eget undervisningslokale. Dette gjelder ikke oppstartsseminarene som kjøres lokalt. Da er etablering av gruppene og selve gruppeprosessen, en viktig del av seminaret.

«Vi har seks faste seminarer – to på hver av de to permene i Demensomsorgens ABC og to på Miljøpermen. De er tilpasset temaene i permene. I vårsemesteret kjøres alle seminarene to ganger – så det er 12 seminarer da. Så nå melder deltakerne seg på det aktuelle seminaret for dem, og det blir lettere å ha en forsvarlig drift i avdelingene – deltakere fra samme arbeidsted kan velge forskjellig tidspunkt.»

En forteller at de har felles seminarer for deltakere i Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC. Dette kan være utfordrende, enkelte av deltakerne i Eldreomsorgens ABC har gitt tilbakemelding om at temaet demens har vært for dominerende.

Flere formidler at arbeidet med ABC-opplæringen er positivt:

«Deltakerne synes det er så kjekt med studiegruppene, permene og ikke minst å komme på seminar – det er mange som nesten aldri har vært på kurs før.»

For deltakere som har arbeidet seg gjennom flere av permene og deltatt på mange seminarer, kan det enkelte ganger være en utfordring å finne aktuelle temaer og forelesere til seminarene. Flere av samarbeidspartnerne beskriver viktigheten samarbeid med kommunekontaktene for å få sydd sammen et godt seminar:

«Vi tar kontakt med ressurspersoner i helseforetaket, på universitet, lærere på høyskolene og på videregående. Det fine er at vi blir kjent med mange og bygger nettverk samtidig.»

Noen deltakere har veldig høye forventninger til forelesere på seminarene – vil gjerne ha «kjendiser». Det blir vanskelig både med tanke på økonomi og tilgjengelighet, men de aller fleste er veldig fornøyde med seminarene. Enkelte gir uttrykk for at de kunne ønske at kommunekontaktene eller deltakerne kunne utfordre mer med tanke på seminarene. «De vil bare komme og få ny aktuell kunnskap.» Men samtidig er det forståelig at dette i en travel hverdag er vanskelig å få til.

I utgangspunktet er det kommunene som skal bekoste kurslokale og bespisning, men enkelte samarbeidspartnere bekoster dette uten at det kompenseres fra satsingen sentralt. Samarbeids-

partnerne skal dekke utgiftene til eksterne forelesere og egne krefter. Noen har egne kurslokaler, eller kommunen der seminaret arrangeres, holder lokalet. Når seminaret dekker flere kommuner, spleiser de på bevertning ut fra hvor mange deltakere det er fra den enkelte kommunen. En samarbeidspartner kjøper «dagpakker» med lokaler, all bevertning og tilrettelegging inkludert. Dette kan føre til at det økonomiske tilskuddet til seminaret ikke er tilstrekkelig. Andres erfaring er at seminarene stort sett går i balanse økonomisk.

ABC-modellen som et kompetansehevende tiltak

Flere nevner at det kan være krevende at fagstoffet for enkelte av deltakerne oppleves å være på et litt for lavt nivå, mens det for deltakere med lite eller ingen utdanning utover grunnskole, oppleves å være på et litt for høyt nivå. Men det legges også vekt på at det er positivt med tverrfaglige grupper, og at det skjer en kompetanseheving til beste for pasientene. En formidler at det har vært vanskelig å motivere til å starte opp nye ABC-grupper – lederne er ikke motivert:

«De forteller meg at det er så mye nytt med samhandlingsreformen og andre oppgaver i kommunen, det er ikke overskudd til å organisere ABC'n i tillegg.»

Alle samarbeidspartnerne legger vekt på at det for dem som kompetansemiljø, er viktig å ha ABC-opplæringen. Det hadde vært svært krevende å lage noe tilsvarende ved hvert enkelt miljø. En sier det sånn:

«Jeg synes ABC'n er helt perfekt for vårt «senter». Vi vil ikke slippe taket på ABC'n. Det vil jeg bare si – ABC'n er så grei og strukturert. Ja, jeg synes den er helt topp.»

En annen sier:

«Målet med «senterets» arbeid er å få kompetanse ut til flere på en praktisk og tilrettelagt måte – i så måte er ABC'n svært hensiktsmessig. Og deltakerne er så sugne på ny kunnskap og diskusjon på seminarene. Grupper som har gått gjennom en og to permer, vil gjerne ha mer, eller vil fortsette å samles for mer faglig påfyll.»

En tredje sier:

«Det er flere deltakere som har sagt til meg at det med kombinasjonen av å lese et hefte, komme sammen i gruppe og ut fra spørsmål reflektere over det en har lest – for så på seminarene og komme seg litt bort fra hverdagen, treffe andre som jobber med det sammen er et helt topp opplegg»

En samarbeidspartner er knyttet opp mot videregående skole. Denne forteller at de har tatt med seg ABC-opplæringen inn i opplæring av fremmedspråklige i kombinasjon med norskopplæring. Disse elevene har praksis på sykehjem som har deltakere i ABC-opplæringen. Da kjenner elevene til opplæringen noe som gir en felles forståelse. Hun sier videre:

«Det er det som er det fine med disse ABC-heftene, de favner bredt. Alle er likeverdige uansett faglig bakgrunn. Det er lett å tilegne seg fagstoffet.»

Med sin forankring i utdanning presiserte hun:

«Jeg tror at studenter og elever får bedre veiledning i praksis når veileder har deltatt i ABC'n. De blir tryggere på formidling. Når de sjøl har vært gjennom en refleksjonsrunde blir det lettere å sette ord på ting på en tydelig og grei måte.»

ABC-modellen som bakgrunn for tiltak eller tilbud i kommunene

Det er gjennomgående at samarbeidspartnerne opplever at det faglige nivået på diskusjoner i seminarene heves. Tilbakemeldinger fra kommunene går på at de får dyktigere medarbeidere som er bedre i stand til å ivareta de krevende oppgavene dagens omsorgstjeneste skal løse. En sier:

«Det er jo litt vanskelig for meg å sette fingeren på om det har effekt. Men folk sier at de diskuterer mer og at de ikke ringer legen med en gang det er uro for å få medisiner, men prøver ut miljøtiltak først.»

En annen forteller at hun ikke tror det ville vært praktisk mulig å få etablert så mange tilbud i kommunene dersom ikke så mange ansatte hadde deltatt i ABC-opplæringen:

«Det gror opp demensteam og pårørendeskoler. Kommunene tør å ta tak i ting, tror jeg, både på institusjoner og i hjemmesykepleien. Seminarene er jo også en anledning til å presentere nye tiltak der staten går inn og gir tilskudd som dagsenter, og da får en eller annen ivrig sjel blod på tann og setter i gang med å få etablert nye tilbud. Ja jeg har virkelig inntrykk av at deltakerne snakker sammen på en annen måte. De blir mer faglig bevisst.»

Når ABC-deltakere har truffet andre på seminar fra nabokommuner, har det kommet i stand samarbeid mellom kommunene, et eksempel er pårørende-skole.

Alle fremhever at ABC-opplæringen gir de aller fleste deltakerne en ny giv, de blir anerkjent, inspirert og tryggere i jobben sin. Enkelte nevner også at deltakerne på de siste seminarene etterspør faglitteratur og undervisningsfilmer.



Allan Øvereng*

KAPITTEL 6

ABC-modellen Formidling, nettverksbygging og samhandling

Demensomsorgen i endring

Historisk utvikling kan vanskelig spores tilbake til enkeltfaktorer eller enkeltpersoner. Og det å skrive om en utviklingsprosess vil nødvendigvis preges av hvilke briller man har på. Men med disse forbeholdene kan det hevdes at Demensomsorgens ABC er en motor i utviklingen. Det dreier seg om formidling av fagfeltets sentrale kunnskapsbase og om verdi- og holdningsmessige føringer for omsorgen, i stor skala. Demensomsorgens ABC er en tung nasjonal satsing over tid med mye involvering fra myndigheter og fagmiljøer – og med god økonomisk stimulering. ABC er «*an offer you can't refuse*» – fra sentralt hold, med alle de mulighetene for å mislykkes som utviklingsprosesser styrt ovenfra kan ha. Men strukturen for gjennomføringen er romslig og gjør det mulig med lokale tilpasninger

både i form og innhold. Kjernen er dog klar og felles; man leser kvalitetssikret fag, møtes for diskusjon, deling og støtte. For så å omsette det man har lest til erfaringsbasert kunnskap ved å knytte tekster og samtaler til egen, daglig klinisk praksis.

En slik satsing må administreres. Og deltakerne skal inspireres og påskjønnnes med fagseminarer underveis i det lange ABC-løpet. Mange involveres, i institusjonene, hjemmebaserte tjenester, spesialisthelsetjeneste og myndigheter. I prosessen med ABC-arbeidet ligger da muligheter for utvikling av relasjoner mellom personer og miljøer – den er nettverksbyggende. Og deri ligger også en mulighet for bedre samhandling mellom faggrupper og miljøer.

Ved alderspsykiatrisk poliklinikk ved Stavanger Universitetssjukehus har vi de siste fem årene sett en utvikling i arbeidet med demens fra pasientarbeid med undervisning og forskning «på si» drevet av ildsjeler, tilfeldig og uorganisert, til et etablert kompetansesenter. ABC-arbeidet har vært viktig i denne prosessen. Et ferdig utviklet verktøy

*) Allan Øvereng arbeider ved Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM) som har vært en viktig samarbeidspartner i prosjektperioden. I forbindelse med denne rapporten bad vi SESAM om en mer omfattende tilbakemelding av deres erfaringer og hvordan ABC-arbeidet hadde virket inn i deres arbeid.

med tung oppfølging – og med økonomiske rammer som ikke har virket begrensende.

Klinisk virksomhet - med undervisning og forskning «på si»

Stavanger Universitetssjukehus er spesialisthelsetjeneste for kommunene i Sør-Rogaland. Sykehuset har geriatrike og alderspsykiatriske seksjoner med poliklinikker og sengeposter. Disse enhetene har kun vært definert som klinisk virksomhet. Når kommunehelsetjeneste, helseutdanningene eller frivillige organisasjoner i sykehusets opptaksområde, har hatt behov for forelesere, har personell fra disse enhetene gjort dette på privat basis. Forskning ble også startet uten organisatoriske rammer for virksomheten.

Kompetansegruppe for kommunene

I 1999 tok poliklinikkene initiativ til Tverkommunal kompetansegruppe for aldersdemens. Målsettingen var å etablere et faglig forum til støtte for kompetanseutvikling på feltet aldersdemens. Strategien var å støtte kompetanseoppbygging hos nøkkelpersonell, ved kontinuitet i kunnskapsformidling, erfaringsutveksling, ferdighetstrening og etablering av informasjonskanaler. Tanken var at gruppen kunne være et bidrag til faglig støttenettverk i daglig funksjon, i lokale prosjekter, i lokal kompetanseoppbygging og for pådriverrollen for spesielt interesserte. Kommunene i sykehusets opptaksområde var positive til deltagelse. Deltagelse var gratis for kommunene. Fylkesmannens økonomiske støtte ble brukt til forelesere. Daværende Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, nå Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (Aldring og helse), støttet med gratis forelesere og litteratursponsing.

Fra spesialisthelsetjenestens ståsted syntes dette tiltaket fornuftig. Det var nettverksbyggende og

bidro til bedre samhandling i det kliniske arbeidet. Og kompetansegruppen skapte en struktur for lovpålagt formidling av kompetanse til primærhelsetjenesten. Gruppens seminarer er fremdeles godt besøkt og har vært utgangspunkt for fagnettverk med tema utredning, dagtilbud, pårørende-arbeid og kartleggingsmetode.

Klinisk arbeid - med prosjektstøtte

I 2007 kom Demensplan 2015. Aldring og helse og Fylkesmannen i Rogaland tok initiativ til samarbeidsmøte om iverksetting av ABC-opplæringen og andre satsinger i planen. Dette førte til at Fylkesmannen i Rogaland støttet alderspsykiatrisk poliklinikk med prosjektmidler (i størrelsesorden én stilling) for å bidra til gjennomføringen. Samtidig samarbeidet vi om undervisning og informasjonsarbeid i forhold til tillegget i pasientrettighetsloven om tvang og rettighetsbegrensninger. Dette ga poliklinikkene anledning til å gå i gang med *Prosjekt demensplan 2015 og 4A*. Kristin Aas Nordin var oversykepleier på Blidensol sykehjem. Hun ble ansatt i prosjektet i to dager i uka med hovedansvar for ABC-arbeidet. Siri Ueland var avdelingssykepleier på geriatrik poliklinikk og ble ansatt i halvannen dag i uka. Alderspsykiatrisk poliklinikkens sykepleiere dekket opp resten – fleksibelt – inn i mellom administrasjon og klinisk arbeid. Prosjektplanen var kortfattet og besto i hovedsak av en prioritert arbeidsfordelingsliste med følgende punkter:

- Kapittel 4A – Introduksjonsseminarer i samarbeid med Fylkesmannen og oppfølging av kommuner
- Demensomsorgens ABC – informasjonsmøter, oppstartseminarer og fagseminarer, etablere samarbeid med Aldring og helse, kontakt med kommuner
- Fagnettverk med tema dagaktivitetstilbud for personer med demens

- Veiledning i sykehjem
- Tverrkommunal kompetansegruppe for demens
- Fagnettverk med tema utredning av demens
- Deltagelse i demensplanens miljøprogram, med utprøving av DCM-kartlegging innen demensomsorg
- Fagnettverk med tema DCM
- Pårørendearbeid, samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Grunnkurs om demens i samarbeid med Aldring og helse
- Hjemmeboende med demens – hvordan komme i gang.

I alle disse aktivitetene ble det informert om Demensomsorgens ABC.

Poliklinikkene drev i tillegg til arbeidet med demensplanen også med forskning, arbeide med samlokalisering og samarbeid om demensutredning, hukommelsespoliklinikk, og oppbygging av Marte Meo kompetanse.

ABC-arbeidet kom raskt i gang. En suksessfaktor her var godt kjennskap til primærhelsetjenesten – både organisasjon og personlig kjennskap og kontakter. Det viste seg snart at ABC-arbeidet ville kreve mye ressurser. Stor interesse førte til behov for mange informasjonsmøter, oppstartsseminarer og etterhvert fagseminarer. En hyppig tilbakemelding fra kommunene var om problemer med å avse personell hele dager. Dette ble forsterket for kommuner med lang reisevei til sykehuset når seminarene ble arrangert her. Etter hvert ble det utviklet en praksis hvor kommuner som kunne arrangere møter og seminarer med mange deltakere, arrangerte sine seminarer lokalt, eventuelt i samarbeid med nabokommuner. Resten av seminarene – de fleste – ble arrangert på sykehuset med

deltagelse fra flere kommuner. Etterhvert fikk man til et godt samarbeid om undervisningslokaler i Psykiatrisk klinikks opplæringsavdeling, og om servering av lunsj i personalkantina. Strukturene rundt ABC-arbeidet ble dermed fast innarbeidet og dette lettet gjennomføringen.

Et spørsmål som snart kom opp var om innholdet skulle være etter deltakernes ønske eller følge en fast mal.

Innhold i ABC-seminarene

I starten av arbeidet var det ingen faste føringer for tema i fagseminarene. Det ble foreslått at deltakernes behov skulle være styrende. Samtidig så vi at dette kunne bli utfordrende, med våre ambisjoner om å nå ut til mange kommuner og deltakere. Å lage nye opplegg, forelesninger og skaffe forelesere til stadig nye bestillinger kunne bli en begrensning.

Det ble også argumentert med at noen emner burde fokuseres – uavhengig av ønsker. Hovedargumentet her var å bidra til en felles forståelse gjennom å styrke felles verdier, holdninger, fagterminologi, og krav til praksis i demensomsorgen. Som løsning på dette ble det valgt å ha et fast opplegg:

- Seminar 1: Oppstartseminar om demens og ABC-arbeid etter mal fra Aldring og helse
- Seminar 2: Personsentrert omsorg
- Seminar 3: Pårørendearbeid og Marte Meo-veiledning
- Seminar 4: Utfordrende atferd, tvang og etikk

Koordinering og fremdrift

Fremdriften av arbeidet ble målt i «permer» – bestilt og formidlet ABC-materiale. Pauserommet på poliklinikken hadde en plakat med «salgskurve»

og målsetting om 1 000 «salg» for det første året. Vår ABC-ansvarlige hadde nær kontakt med Aldring og helse. Fylkesmannen i Rogaland tok initiativ til koordinerings- og planleggingsmøter for Demensplan 2015, med deltakere fra sykehuset, utviklingssentrene (USHT) og kommunene. Etter hvert kom ABC-koordineringsmøter med Aldring og helse. Senere – etter etableringen av SESAM (det regionale kompetansesenteret) – ble vi med på slike møter også i resten av helseregionen. Disse møtene ble initiert fra Aldring og helse i samarbeid med fylkesmannsembetene.

Klinikk og kompetansesenter

I 2009 ble fagutviklingsaktiviteten lagt inn i det nye *Senter for eldremedisin* organisert til den alderspsykiatriske seksjonen ved sykehuset. Forskning og demensplanprosjektet var en viktig del av dette senterets virksomhet. I 2010 fikk senteret oppdraget med å være *Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling* (SESAM). I tildelingen fra Helse Vest ble kontakten som var etablert med kommunene i demensplan-arbeidet, beskrevet som viktige for at Stavanger Universitetssjukehus fikk oppdraget.

SESAMs mandat er nettverksbygging, forskning og formidling. Våre interne faglige relasjoner har utviklet seg ved at den geriatrike og alderspsykiatriske poliklinikken er samlokalisert og samarbeid om hukommelsespoliklinikk er kommet i gang. SESAM holder til i de samme lokalene og en rekke medarbeidere er engasjert i både kompetansesenter og klinisk arbeid.

ABC-arbeidet ble helt fra starten en viktig satsing i SESAM. Den innarbeidede arbeidsformen i forhold til kommunene i Helse Stavangers opptaksområde ble videreført med målsetting om å involvere alle kommunene. Med det regionale oppdraget fulgte

også en ambisjon om å støtte opp under arbeidet i de andre foretaksområdene. Dette har vært mest aktuelt i Sogn og Fjordane. Her har Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmebaserte tjenester (USHT) administrert ABC-arbeidet. SESAMs rolle har vært å bidra med forelesere i seminarene.

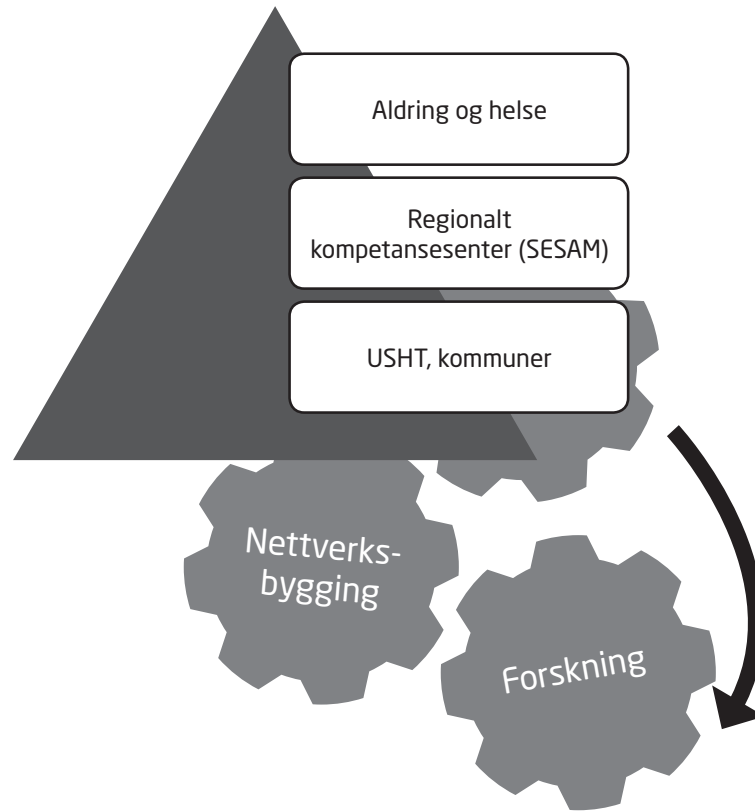
Mange permer og seminarer

Fra starten av ABC-arbeidet til i dag, har vi distribuert nærmere 3 000 permer i Sør-Rogaland. Vi har hatt 149 seminar for cirka 4 470 personer i Sør-Rogaland og i tillegg har vi hatt 25 seminar i nedslagsfeltet for Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Førde for omlag 750 personer. Det kan bety at en person med demens som mottar omsorgstjenester vil ha kontakt med personell som er godt oppdatert gjennom Demensomsorgens ABC.

ABC - motor i nettverksbygging og samhandling

SESAMs visjon er *Samhandling for eldres helse og livskvalitet*. Hovedmålsettingen er å bidra til utvikling av helsetjenester til eldre i regionen gjennom nettverksbygging, undervisning og forskning. ABC-arbeidet har passet som hånd i hanske til denne målsettingen. ABC-satsingen er langvarig og den har blitt fulgt opp med tyngde og kontinuitet fra myndigheter og Aldring og helse.

Helsetjenester ytes og utvikles i et komplekst samspill mellom teori, praksis og mange ulike fag og tjenesteytere. Formidling av kunnskap er viktig, men ikke tilstrekkelig for å utvikle praksis. Praksisutvikling betinger også endring i organisasjoners kultur. Organisasjoner lærer i prosesser med erfaringsutveksling, kreative dialoger og felles praksisutvikling. Dette er karakteristisk for ABC-modellen. Det er vanskelig å dokumentere i



hvilken grad satsingen har ført til praksisutvikling, men kontinuiteten, finansieringen og sammenhengen i arbeidet har skapt gode muligheter for varig positiv endring.

Møter mellom ulikheter i fag, organisasjoner og kulturer er nødvendig for en felles forståelse – og forskjellene er en forutsetning for innovasjon. Bedret kommunikasjon med IKT, klarere avtaleverk mellom aktørene, omorganisering og effektiviserende tiltak er viktige, men ikke tilstrekkelige for å møte utfordringene.

I Samhandlingsreformen heter det at «*en av de viktigste forventningene til spesialisthelsetjenesten er å bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste*». ABC-arbeidet har skapt slike møter; i institusjoner, mellom faggrupper, mellom hjemmebaserte og institusjonstjenester, og mellom sykehus og primærhelsetjeneste. Det kan antas at det er skapt en større grad av felles forståelse av hva demens er og hva god demensomsorg er. Og erfaringer om hvordan dette kan omsettes i praksis er delt, med mulig innovasjon som resultat.

«Culture eats strategy for breakfast»

Omsorgskultur betyr «sånn gjør vi det her». Kulturen er praksisen. Den styres av verdier, holdninger og den etablerte praksis. Demensomsorgens ABC – som strategi – kunne lett bli «spist til frokost». Men ABC-prosessen har flere elementer:

- **Kunnskap**
 - Knyttet til språk, praksis, andres og egne erfaringer. Men også til noe utenfor det daglige; myndighetenes føringer, historisk utvikling av faget, forskning og fakta og etiske og juridiske forhold.
- **Formidling**
 - Lest, repetert, diskutert, oppgaveløst, relatert til egen praksis, hørt andres erfaringer, bekreftet i annen formidling ved et felles språk, i lekmannsarbeid, utfordret av likemenn, bekreftet av spesialister.
- **Strukturer**
 - Lese selv – så møtes – på tvers av profesjoner og for noen på tvers av virksomhet eller enhet. Ledelsesforankret – organisert og prioritert.
- **Vedlikehold**
 - Små steg over lang tid. Bekreftelse fra andre, gjenkjenne i egen praksis.
- **Utvikling**
 - «Vi pleide å si; *demente* – nå sier vi *personer med demens* – selv om vi glemmer oss av og til. Vi har ikke «vandrere», «ropere», «matin-ger» – vi har personer med demens. Ingen blir tvangsdujet i vår kommune – det er ikke nødvendig – og heller ikke lovlig.»

Ble demensomsorgens ABC noe mer enn forventet – kunne den blitt enda mer?

Fra vårt synspunkt ble ABC-arbeidet noe mer enn formidling av kunnskap. Det har blitt en prosess med elementer av nettverksbygging, samhandling, og utvikling av omsorgskultur. Man kan spørre seg om dette har vært forventet, at man fra myndighetenes side har sett for seg en «*bottom up*» prosess – hvor ABC har vært rammeverk, inspirasjon og døråpner. I det videre arbeidet kan man spørre:

- Skal elementer fra arbeid med læringsnettverk legges til modellen?
- Skal andre føringer eller satsinger integreres som for eksempel implementering av pasient- og brukerrettighetslovens §4A, etikk-satsingen eller pasientsikkerhet?
- Kan modellen ta opp i seg faglige utfordringer som for eksempel utvikling av tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens eller postdiagnostisk oppfølging?

Videreutvikling av omsorgskultur er ingen enkel utfordring og løses ikke ved formidling av kunnskap alene. ABC-modellen er noe mer.



Marta Reggestad

KAPITTEL 7

Fra «ufaglært» til helsefagarbeider

Som omtalt tidligere i rapporten er om lag 11 prosent av dem som deltar i ABC-opplæringen uten helsefaglig utdanning. I Statistisk sentralbyrås oversikt over ansatte i pleie- og omsorgstjenesten ble det ved oppstart av prosjektet opplyst at over en tredel ikke har helse- eller sosialfaglig utdanning. At bare 11 prosent av dem som er med i ABC-opplæringen er uten slik utdanning, kan skyldes forskjellige forhold. Noen kan selv ha valgt ikke å delta fordi de anser sitt arbeidsforhold i tjenesten som kortvarig av ulike årsaker. I andre tilfeller kan det være at ledere ikke prioriterer å ta med ansatte som ikke har relevant utdanning i videre opplæring. I noen tilfeller er ansettelsesforholdet begrenset til en lav stillingsprosent og arbeidstaker er avhengig av å ha full frihet til å kunne shoppe ekstravakter når mulighetene er der. Dette er lite forenlig med å binde seg opp til faste studiegruppemøter.

Aldring og helse fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å utvikle et opplæringstilbud for personer med arbeidstilknytning til kommunal pleie- og omsorgstjeneste, som var uten helsefaglig utdanning. Oppdraget var en del av Kompetanseløftet 2015 og bygget på St.prp. nr. 1 (2008-2009) der det står følgende om kvalifisering av ufaglærte:

«Om lag 1/3 av personellet i den kommunale omsorgstjenesten står uten relevant fagutdanning. Det er viktig å utvikle kompetansetiltak

til denne personellgruppen for å sikre omsorgssektoren kompetanse og gi personell uten relevant fagutdanning utdanning innenfor omsorgssektoren.»

I samarbeid med Helsedirektoratet ble det utviklet en todelt opplæringsmodell.



«Dette må jeg kunne»

Den første modellen var rettet mot ufaglærte vikarer. Målet var å utvikle og prøve ut et opplæringsmateriale som kunne sikre et minimum av kunnskaper helst før vikarene tok fatt på arbeidet. Det ble laget et kurshefte beregnet på deltakere i opplæringen, og en veileder for dem som skulle være ansvarlig for kurset lokalt i kommunene. Det ble i tillegg laget PowerPoint-presentasjoner som kunne lastes ned av dem som skulle undervise.

Heftet, som fikk navnet «*Dette må jeg kunne*», ble prøvd ut i et utvalg kommuner. På bakgrunn av tilbakemeldinger både fra deltakere og fagansvarlige i kommunene, ble heftet revidert og noe utvidet. Heftet er på omlag 90 sider og selges til kommuner som ønsker å bruke det i opplæringen. Det har vært stor interesse for materialet. Frem til høsten 2015 er det formidlet nærmere 7 000 eksemplarer av heftet.



«Jeg vil bli helsefagarbeider» - med ABC til fagbrev

Den andre delen av opplæringen tar sikte på å kvalifisere ansatte i omsorgstjenesten som ikke har helsefaglig utdanning, slik at de kan oppnå fagbrev som helsefagarbeidere. Deltakere rekrutteres i hovedsak fra personer uten helsefaglig utdanning som deltar i opplæring med Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC.

Her ble det foretatt et omfattende utviklingsarbeid. Planen for opplæringen måtte ta hensyn til at deltakerne kunne komme fra hele landet og at det ofte ville være et begrenset antall fra hver kommune. Opplæringen måtte derfor være individuell og det måtte være mulig å foreta mye av oppfølgingen over nett, telefon og e-post. Det ble utviklet en nettbasert læringsportal. Dette arbeidet ble gjort sammen med Nasjonalt senter for telemedisin og

samhandling i Tromsø. Det ble utarbeidet en fagplan for opplæringen basert på kravene i videregående skole. Deltakerne fikk mulighet til å låne lærebøkene fra prosjektet, men måtte selv disponere PC med tilgang til Internett, og ha en egen e-postadresse. ABC-permene inngår i tillegg som pensum i opplæringen.

Kartlegging av kompetanse

Ut fra et eget registreringsskjema kartlegges deltakernes kompetanse. Det registreres tidligere utdanning (skolegang) og arbeidserfaring. Deltakere som vil ha nytte av en realkompetansevurdering får veiledning om hvordan denne prosessen foregår.

Opplæringsplan

Alle får sin egen opplæringsplan med opplysning om hva de trenger av opplæring i teori og praksis. Opplæringstiden varierer ut fra tidligere kompetanse og arbeidserfaring.

Arbeidsgivers rolle

Arbeidsgiver informeres om prosjektet og godkjenner deltakelsen. Arbeidsgiver har ansvaret for å utnevne en veileder som gir opplæring og veiledning til deltakeren i praksis under opplæringen. Dersom det er nødvendig kan arbeidsgiver tilrettelegge for hospitering ved andre arbeidsplasser i kommunehelsetjenesten. Arbeidsgiver får tilbud om deltakelse på veilederkurs, som arrangeres av Aldring og helse, sammen med den lokale veilederen.

Veiledning

Alle deltakerne i prosjektet får tildelt en veileder (en kollega) som er hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider. Veilederen gir opplæring og veiledning i arbeidsoppgaver som ligger inn under helsefagarbeiderens ansvars- og kompetanseområde. Prosjektet har utarbeidet et logghefte til bruk i praksis.

Undervisning

Undervisningen følger læreplanen i helsearbeiderfaget i videregående skole, og er organisert med fire samlinger av fem dagers varighet og bruk av e-læring. Mellom samlingene følger deltakerne undervisningen via nettportalen etter oppsatt plan, med forelesninger, innleveringsoppgaver og logger.

Kontaktlærere

Alle deltakerne har egen kontaktlærer som gir tilbakemeldinger på innleverte oppgaver og logger fra utførte arbeidsoppgaver i praksis. Kontaktlærere har jevnlig kontakt med sine deltakere via mail, SMS, meldinger i nettklasserommet og via egne Facebook-grupper. Alle deltakerne har, som nevnt over, egen opplæringsplan med utgangspunkt i tidligere kompetanse, arbeidserfaring og samtale. I samarbeid mellom kontaktlærere og elev justeres denne planen underveis hvis det er hensiktsmessig i forhold til jobb- og familiesituasjon.

Eksamen og fagprøve

Deltakerne går opp til Vg3-eksamen som privatister. Når eksamen er bestått og de tilfredsstiller kravene til praksis, kan de melde seg opp til fagprøve. De som ønsker det får tilbud om prøvefagprøve.

Kostnader

Oppfølging og undervisningen fra Aldring og helse er gratis i prosjektperioden. Kostnader til ABC-permene dekkes av prosjektet, og lærebøker kan lånes fra biblioteket ved Aldring og helse. Deltakerne får dekket reise og opphold under fellessamlingene, kveldsmåltid må de dekke selv. Eksamensavgifter dekkes av prosjektet etter nærmere avtale. Deltakerne søker permisjon/fri hos arbeidsgiver for å delta på samlingene. Prosjektet dekker ikke tapt arbeidsfortjeneste i forbindelse med samlingene.

Arbeidsgiver har kunnet søke om opplæringsmidler fra Fylkesmannen til deltakere i prosjektet som en del av Kompetanseløftet 2015.

Erfaring fra gjennomføringen

Samlingene er obligatoriske. Under første samling har prosjektleder samtale med deltakerne. Under andre og tredje samling har kontaktlærere individuelle samtaler med deltakerne. Ved fjerde samling har prosjektleder igjen samtale med hver av deltakerne der det fokuseres på hva som skal til før de kan melde seg opp til eksamen og deretter fagprøve. Disse samtalene er svært viktige for at deltakeren skal nå målet om å bli helsefagarbeider.

Tilbakemeldinger fra deltakerne underveis tyder på at den personlige oppfølgingen de får helt frem til fagprøven, har vært avgjørende for resultatet. De vet at de til enhver tid kan ta kontakt med prosjektleder og kontaktlærere og få veiledningen og hjelp for eksempel ved oppmelding til fagprøve.

Det legges vekt på at arbeidsplassen skal være en god læringsarena. Oppfølgingen fra lokal veileder og leder er viktig. Det er viktig at arbeidsplassen vet hvem som er under opplæring. Deltakerne gir uttrykk for at de er fornøyd med at prosjektet legger vekt på at arbeidsplassen skal være en god læringsarena. De kommer med gode innspill på hva de kan gjøre for at veiledningen skal bli så god som mulig i en travel hverdag.

Informasjon

Det utarbeides en egen perm til hver deltaker. Permen inneholder praktisk informasjon om opplæringen. I permen finnes et utkast til en samarbeidsavtale som skal sikre deltakeren veiledning under opplæringen. Avtalen skal signeres av deltaker, veileder og leder på arbeidstedet, og prosjektleder ved Aldring og helse.

I permenn har deltakeren et avkryssingsskjema for måloppnåelse i praksis. Dette skal undertegnes av leder, veileder og deltaker og sendes fylkeskommunale skolemyndigheter sammen med oppmelding til fagprøven.

Det er laget en egen informasjonsfilm om opplæringen. Denne er tilgjengelig på nettsiden til Aldring og helse. En animasjonsfilm om fagprøven er under utvikling.

Resultater

Opplæringen har deltakere fra hele landet. Fra noen kommuner har det vært satset systematisk på å bruke ordningen for å få flest mulig av sine ufaglærte gjennom opplæringen. Dette gjelder for eksempel kommuner i Finnmark, Sogn og Fjordane, Buskerud og Møre og Romsdal. I alt er det deltakere fra 109 kommuner fordelt på 18 fylker.

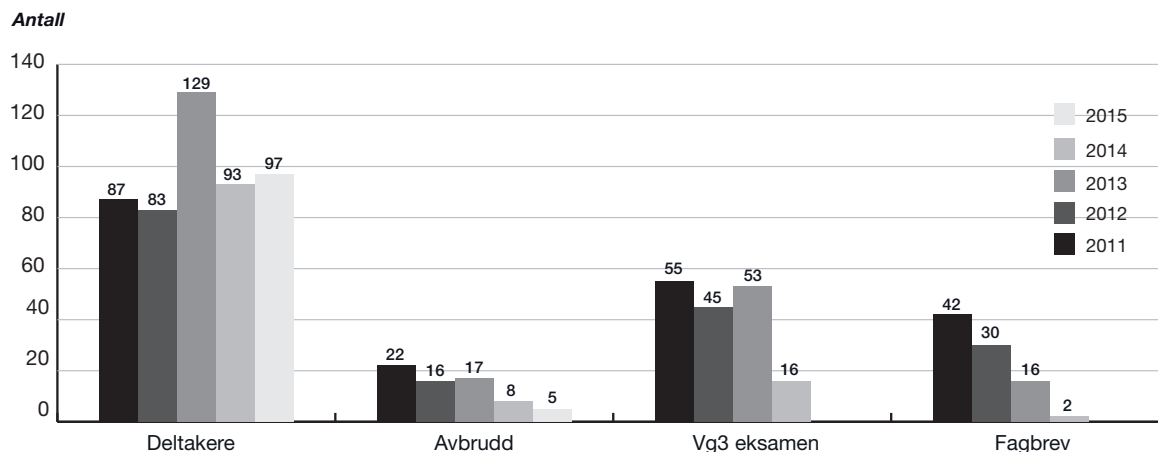
I alt 90 personer har til nå bestått fagprøve som helsefagarbeidere. 489 deltakere har startet opplæring i prosjektet fra høsten 2011 til høsten 2015, se figur 7.1. Bare 68 har avbrutt opplæringen. De

fleste av disse har fått dokumentasjon på hva de har vært igjennom av opplæring frem til de sluttet. I alt 169 har til nå bestått Vg3 eksamen.

Mange har fått opplæring

Av de 87 deltakerne som startet i 2011 har 55 bestått Vg3 og av disse har 42 tatt fagbrev. I alt 83 deltakere startet i 2012, 45 av disse har bestått Vg3 eksamen og 30 har tatt fagbrev. I 2013 startet 129. Til nå har 53 bestått Vg3 eksamen og av disse har 16 tatt fagbrev. Av deltakerne som startet i 2014 har allerede 16 bestått Vg3 eksamen og én har tatt fagbrev.

Opplæringstiden er i gjennomsnitt på 26 måneder fra de starter med første samling til fagprøve er bestått. Denne tiden kunne vært kortere, men det er lang ventetid i enkelte fylker for å få avlegge fagprøve. Her er det eksempler på deltakere som har måttet vente opp mot ett år. Som oversikten over viser er frafallet lite og det et stort antall deltakere som høsten 2015 er i gang med opplæringen. Det er derfor knyttet stor spenning til hvordan prosjektet kan drives videre i en ny planperiode.



Figur 7.1. Deltakere i helsefagarbeideropplæringen etter gjennomføring.

Fremmedspråklige deltakere

Andelen av fremmedspråklige er relativt høy, over en firedel av deltakerne er fremmedspråklige eller har norsk som 2. språk. I dette tallet er ikke deltakere fra Danmark og Sverige regnet med.

Det viser seg at fremmedspråklige med videregående utdanning og utdanning utover videregående skole, gjennomført etter engelsk skolemodell, har en bratt læringskurve når de får taket på oppgaveskrivingen.

Deltakere med bakgrunn fra Russland, Baltikum eller andre østeuropeiske land er ofte svært motiverte for læring. Når de får tilbakemeldinger på skriftlige arbeider, er de gjennomgående raske til å gjøre endringer slik at oppgavene blir godkjente. Det blir fra prosjektet lagt mye vekt på at skrivetrening er viktig.

Fremmedspråklige deltakere med kun grunnskole eller mangelfull eller manglende grunnskole, er de som sliter mest. Selv med god oppfølging og gode veiledere, tar det tid før de klarer å levere oppgaver som blir godkjente. Når de opplever at de mestrer øker motivasjonen. Flere deltakere som opprinnelig bare har grunnskole har bestått både teorieksamen og fagprøve. Dette har imidlertid krevd tett oppfølging og tilrettelegging fra kontaktlærer.

Samarbeid med arbeidsplassen synes å være avgjørende for opplæringen av fremmedspråklige, både for å unngå misforståelser og sikre fremdriften i opplæringen.

Deltakere med spesielle behov

Deltakere med lese- og skrivevansker får tilrettelegging i form av god oppfølging av kontaktlærer og blant annet tilbud om smartbøker. Smartbok er en lærebok på nett der man kan høre teksten opplest eller forstørre skriften. Det er også mulig å gjøre notater i den nettbaserte teksten. Smartboka brukes i tillegg til ordinære lærebøker. I tillegg bruker deltakerne PC med aktiv bruk av retteprogram.

For deltakere som har behov for tilrettelegging ved eksamen, hjelper prosjektet til med søknad om dette. I alt seks deltakere med store lese- og skrivevansker og svært dårlige skoleerfaringer har bestått Vg3 eksamen og to har bestått fagprøven. De fire andre venter på dato for fagprøve.

ABC-gruppene som støtte og motivasjon

Deltakerne legger vekt på at refleksjonen de trenes opp til blant annet i ABC-gruppene, er viktig for læringen. Når de deltar i ABC-gruppene er det lett å stille spørsmål. Her er det kjente og stabile deltakere i små grupper. Det legges også vekt på at ABC-gruppene er med å opprettholder motivasjonen for læring. Om lag 90 prosent av dem som har bestått fagprøve har også deltatt i ABC-grupper i løpet av opplæringen.



Anne Marie Mork Rokstad
Betty Sandvik Døble

KAPITTEL 8

Jobbtilfredshet og holdninger til personsentrert metode

Da ABC-satsningen ble iverksatt som et kompetansetiltak i Demensplan 2015, hadde modellen vært i bruk i nærmere 20 år, først i Alderspsykiatriens ABC deretter i Eldreomsorgens ABC. Det var de gode erfaringene fra disse årene, formidlet fra deltakere, ledere i kommunene og fra spesialisthelsetjenesten (Solheim 2001), som lå bak ønske om en tilsvarende kompetansesatsing i den nye planen.

Effekten av opplæring er et stadig tilbakevendende spørsmål. Hvordan skal en måle effekt? Hvilke kriterier skal bedømmes for å si at en satsing har vært positiv eller ikke?

Som medredaktør og forfatter var Vigdis Drivdal Berentsen svært opptatt av kunne si noe om effekten av satsingen. I sin mastergradsoppgave i gerontologi «Job satisfaction in nursing homes and its correlates» fra 2005 så hun nærmere på jobbtilfredshet blant personell som arbeidet i kommunal eldreomsorg (Berentsen 2005). En faktor hun ønsket å få mer kunnskap om var nettopp sammenhengen mellom jobbtilfredshet, kompetanse og opplæring. Hun startet derfor i 2006 en systematisk datainnsamling som var planlagt å gå over fire år,

hvor målet var å kartlegge jobbtilfredshet hos deltakere i opplæring med Eldreomsorgens ABC. Prosjektet var finansiert av og forankret ved Aldring og helse. På grunn av alvorlig sykdom fikk hun aldri anledning til å fullføre undersøkelsen. Arbeidet ble videreført av hennes kollega Betty Sandvik Døble og materialet er beskrevet i et mastergradsarbeid fra 2011, «Kunnskaper i praksis» (Døble 2011). Undersøkelsen viste blant annet at det ved kompetanseutvikling i praksis var behov for støtte og oppfølging i det psykososiale arbeidsmiljøet og at forståelse hos medarbeidere og ledere er viktig ved tilegnelse av kunnskap i en jobbsammenheng.

For å innhente erfaringer fra videreføringen med Demensomsorgens ABC, tok Aldring og helse i 2009 igjen initiativ til en ny evalueringsundersøkelse. I 2011 ble de første, og foreløpige resultatene av den pågående evalueringsundersøkelsen omtalt i rapporten «Kompetanseløft på arbeidsplassen. Kommunenes erfaring med ABC-modellen» (Fossli, Døble, Kirkevold 2011). Evalueringsundersøkelsen er nå ferdigstilt, og i det videre følger presentasjon av noen resultater knyttet til effekt av opplæringen på personalets holdninger og jobbtilfredshet.

Metode

Design

Undersøkelsen ble designet og er gjennomført som en longitudinell spørreundersøkelse. Datainnsamlingen fra kommunene fulgte gjennomføring av ABC-opplæringen over en periode på to og et halvt år.

Datasamling

Første kartlegging, baseline, ble foretatt ved oppstartseminarene til Demensomsorgens ABC – Perm 1 (T1). Andre kartlegging ble gjort ett år senere ved avslutningen av Perm 1 (T2) og tredje kartlegging enda ett år senere ved avslutningen av Perm 2 (T3). Deretter var fjerde og siste datainnsamling (T4) tre-seks måneder etter at deltakerne var ferdige som vist i figur 8.1.

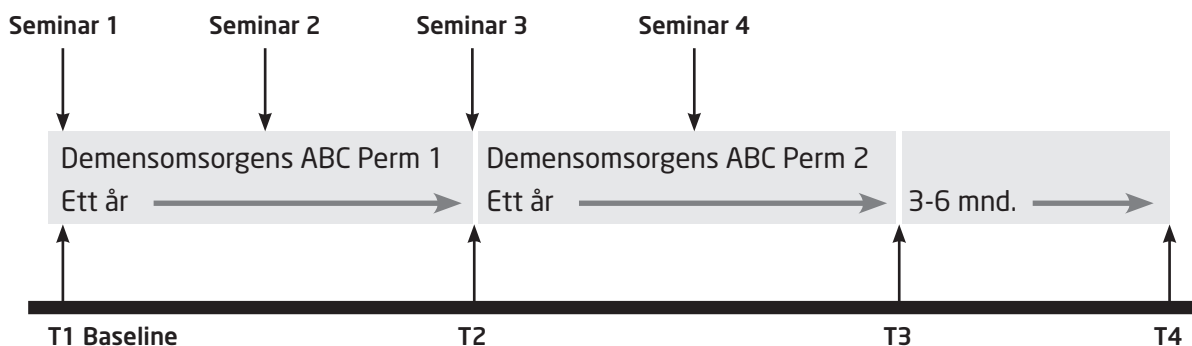
Datainnsamlingen ble i hovedsak gjennomført når deltakerne møttes ved seminarene og administrert av kommunekontaktene eller ledere i kommunene. Kommunekontaktene administrerte spørreskjemaer til deltakerne og organiserte datainnsamlingen ved å tildele et identitetsnummer per deltaker. Alle ble

skriftlig informert om hensikten med studien og at besvarte skjemaer ble håndtert etter forsknings-etiske retningslinjer. De fikk også informasjon om at deltakelse var frivillig og at de når som helst hadde anledning til å trekke seg fra deltakelse i studien.

Data om kjønn, alder, arbeidssted, utdanning, antall år i jobb og generell jobbtilfredshet ble innhentet. Videre var to temaområder sentrale:

- Deltakernes opplevelse av psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet
- Deltakernes vurdering av graden av personsentrert omsorg i egen praksis.

Jobbtilfredshet ble kartlagt ved spørreskjemaet *Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet* (Sund, 2003). Skjemaet er utviklet innen bedriftshelse-tjeneste og kartlegger personalets opplevelse av egen jobbtilfredshet ved ti variabler. Det gis mulige skårverdier fra én til seks, hvor én tilsvarer *meget dårlig*, to er *dårlig*, tre er *tvilsomt*, fire er *rimelig bra*, fem er *bra* og seks tilsvarer *meget bra*.



Figur 8.1. Kartleggingstidspunkt.

Personalets vurdering av grad av personsentrert omsorg i egen praksis ble kartlagt ved bruk av spørreskjemaet *Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT)* (Edvardsson et al. 2010). Det er oversatt til norsk og funnet pålitelig til å måle grad av personsentrert omsorg slik personalet vurderer det på egen arbeidsplass (Rokstad et al. 2012). Skjemaet består av 13 spørsmål formulert som utsagn, og deltakerne blir bedt om å vurdere i hvilken grad de er enige i disse utsagnene med alternativene *helt enig, delvis enig, hverken enig eller uenig, delvis uenig og helt uenig*. Det er definert to sub-skårer for skjemaet: P-CAT sub-skår for personsentrert praksis og P-CAT sub-skåren for organisatorisk støtte i tillegg til P-CAT total sum.

Inkludering

Etter hvert som ledere eller kommunecontakter fra tilfeldige kommuner tok kontakt med Aldring og helse for bestilling av studiemateriale, ble de forespurt om å delta i undersøkelsen. De ble gitt skriftlig informasjon om undersøkelsen og deres rolle i forhold til gjennomføringen av spørreundersøkelsen lokalt. Deltakere som startet på Demens-

omsorgens ABC fra september 2009 ble videre invitert til å delta i spørreundersøkelsen med fire kartlegginger parallelt med at de gjennomførte Demensomsorgens ABC Perm 1 og Perm 2 etter ordinært løp. Hele undersøkelsen pågikk fra september 2009 til august 2013.

Utvalg

Ved gjennomføring av første kartlegging (T1) ble det sendt ut spørreskjemaer til 2211 deltakere fra 92 kommuner. Av disse besvarte 1 795 (81 prosent) av deltakerne fra 90 kommuner (98 prosent). Antall deltakere som besvarte spørreundersøkelsen ved oppfølgingsmålingene fremgår av tabell 8.1.

Analyse

Data er analysert ved hjelp av IBM SPSS versjon 19. Deskriptive analyser er gjort av utvalget. Videre er endringer i jobbtilfredshet og grad av personsentrert omsorg (P-CAT) analysert ved å sammenligne gjennomsnittskårene fra T1, T2, T3 og T4 ved hjelp av paired samples T-test. Endringene ble ansett som statistisk signifikante ved p verdi $\leq 0,05$.

Tabell 8.1. Utvalg, periode for datainnsamling og prosentvis frafall i forhold til baseline ved de fire målingstidspunktene

	Første og siste datering svarskjemaer		Antall deltakere (% frafall)	Antall kommuner (% frafall)
T1	15.09.2009	11.01.2011	1795	90
T2	23.08.2010	10.03.2012	1150 (35)	73 (19)
T3	30.03.2011	11.02.2013	822 (54)	65 (28)
T4	27.10.2011	06.08.2013	580 (68)	52 (42)

Resultater

Deltakere

Ved baselinemåling oppga 38 prosent at de arbeidet ved sykehjem, 20 prosent ved skjermet enhet i sykehjem, 20 prosent i hjemmebaserte tjenester og til sammen 14 prosent i bemannet omsorgsbolig for eldre eller personer med demens. Det var to prosent som arbeidet ved dagaktivitetstilbud og to prosent ved tjenester til personer med utviklingshemning.

I forhold til utdanning var 61 prosent hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeidere, 26 prosent var høyskoleutdannet og 10 prosent var uten relevant helsefaglig utdanning. I alt 21 prosent oppga å ha videreutdanning.

Stillingsstørrelsen var i gjennomsnitt på 73 prosent med en variasjon fra ni til 100 prosent. Totalt 25 prosent av deltakerne hadde 100 prosent stilling. Gjennomsnittsalderen var på 45 år. Yngste deltaker var 19 år, og den eldste som ble registrert var 71 år. Videre hadde de i gjennomsnittvært ansatt i ni år, med en variasjon fra nyansatt til 39 år. Kvinneandelen i utvalget var 97 prosent.

Grad av personsentrert omsorg og jobbtilfredshet

Endringene i skåringene av graden av personsentrert omsorg og jobbtilfredshet er presentert i tabell 8.2. Vi fant en signifikant positiv utvikling av personalets vurdering av om de arbeider personsentrert i sitt omsorgsarbeid slik den er vurdert i

Tabell 8.2. Endringer i skåringer på skala for vurdering av personsentrert omsorg (P-CAT) og Jobbtilfredshetsskala.

Skala	Gjennomsnittskår ved baseline – T1 ¹ (SD)	Endring i gjennomsnitt fra T1 ¹ til T2 ² (P-verdi)	Endring i gjennomsnitt fra T1 ¹ til T3 ³ (p-verdi)	Endring i gjennomsnitt fra T3 ³ til T4 ⁴ (p-verdi)
P-CAT- skår for personsentrert praksis	27,54 (5,04)	0,85 (<0,01)	0,78 (<0,01)	0,29 (0,09)
P-CAT – skår for organisatorisk støtte	11,71 (3,34)	0,03 (0,81)	0,03 (0,79)	0,17 (0,27)
P-CAT totalskår	39,28 (4,54)	0,81 (<0,01)	0,78 (<0,01)	0,24 (0,24)
Jobbtilfredshet – skår for individfaktor	29,86 (5,36)	0,24 (0,15)	0,13 (0,52)	0,15 (0,47)
Jobbtilfredshet – skår for systemfaktor	14,97 (2,27)	0,04 (0,62)	0,11 (0,17)	0,11 (0,24)
Jobbtilfredshet totalskår	44,82 (6,92)	0,29 (0,17)	0,02 (0,94)	0,22 (0,43)

P-CAT total-skår og P-CAT sub-skår for person-sentrert praksis. Endringen i skår var tilstede både fra baseline (T1) til første oppfølgingsmåling (T2) der første ABC-perm er gjennomgått og fra baseline til andre oppfølgingsmåling (T3) etter at andre ABC-perm er gjennomgått. Det er ingen signifikant endring hverken i positiv eller negativ retning fra T3 til T4 der den siste målingen er gjennomført fire til seks måneder etter at ABC prosessen er avsluttet.

Det betyr at den positive endringen som har skjedd i løpet av ABC-opplæringen ikke er reversert etter at arbeidet med permene er avsluttet. En fant ingen signifikant endring i sub-skåren for organisatorisk støtte i P-CAT hverken i løpet av eller etter endt ABC-prosess. En fant heller ingen signifikant endring i deltakernes rapporterte jobbtildfredshet under eller i etterkant av deltakernes arbeid med Demensomsorgens ABC.

Gjennomsnittsskår på jobbtildfredshet ved baseline (T1) er 4,45, noe som indikerer *rimelig bra* til *bra* jobbtildfredshet på skalaen. Etter ett år med Demensomsorgens ABC – Perm 1 (T2) er det en liten, men ikke signifikant økning i gjennomsnittlig jobbtildfredshet til 4,51, og ved T3 er gjennomsnittlig jobbtildfredshetsskår på 4,52. Et halvt år etter at deltakerne er ferdige med gjennomføringen av Demensomsorgens ABC – Perm 2, finner vi en gjennomsnittsskår på 4,53.

Det er altså ingen klar endring i deltakernes rapportering av jobbtildfredshet i løpet av deres deltakelse i ABC-opplæringen.

Ved analyse av variablene hver for seg, ser vi imidlertid signifikante endringer på flere. Det pågår videre arbeid for å utdype resultatene. Dette vil bli publisert som egen artikkel seinere.



REFERANSER

- Berentsen VD (2005) Job satisfaction in nursing homes and its correlates. EuMaG Master Thesis.
- Brooker D (2013) *Personsentrert demensomsorg – Veien til bedre tjenester*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Døble BS (2011) *Kunnskaper i praksis – En undersøkelse av kompetanseutvikling i eldre- og demensomsorg*. Universitetet i Agder, Fakultet for Helse og idrettsfag, Institutt for psykososial helse.
- Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R, Gibson S (2010a) Development and initial testing of the Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT). *Int Psychogeriatr*, 22, 101-8.
- Eek A, Nygård Aa-M (1999) *Innsyn og utsyn, Tilbud til personer med demens i norske kommuner*. Tønsberg/Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Eek A, Nygård Aa-M (2006) *Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Landsdekkende undersøkelse*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Fossli KR, Døble BS, Kirkevold Ø (2011) *Kompetanseløft på arbeidsplassen – Kommunenes erfaring med ABC-modellen*. Tønsberg/Oslo, Forlaget Aldring og helse.
- Gjøra L, Eek A, Kirkevold Ø (2015) *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens – 2014*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Demensplan 2015 – Den gode dagen*.
- Lien L, Moland LE, Nygård L, Hofstad T (2013) Læringsnettverk og innovasjon i kommunene. *FAFO-rapport 2013:52*. Oslo: FAFO.
- Rokstad AMM, Engedal K, Edvardsson D, Selbæk G (2012) Psychometric evaluation of the Norwegian version of the Person-centred Care Assessment Tool. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 99-105.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Glemsk, men ikke glemt! – Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*.
- Solheim K (2001) *Å ha kontakt med hode, hender og hjerte – Selvdrevne og tverrfaglige studiegrupper i arbeidstiden. En opplæringsmodell til bruk i primærhelsetjenesten*. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sund A (2003) Selektiv helseovervåkning med fokus på psykososialt arbeidsmiljø. I: Moen B (red) *Håndbok for bedriftshelsetjenesten* s 312-323. Oslo: Arbeidsmiljøforlaget.

VEDLEGG 1 (side 2)



Deltaker registrering
ABC studiene

Kommune																									

Arbeidsstedets navn																									

Gateadresse:																									

Postnummer og poststed:																									

Oppstart for denne perm i studiegruppen	Mnd	År
--	-----	----

Opplysningene er for internt bruk ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, og for å kunne gi arbeidsstedet ditt informasjon om gjennomføring av studiet.

Vi rapporterer statistikk tall på ABC tiltaket til Helsedirektoratet, og dataene vil da være *anonymisert* slik at den enkelte ikke kan identifiseres.

For å kunne utstede studiebevis, og ettersende nødvendig informasjon er det viktig at skjemaet er nøyaktig utfyllt. Takk for hjelpen.

Deltakere skal registreres ved oppstart av hver ny ABC perm. Skjemaet sendes til:
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Postboks 2136, 3103 Tønsberg



Fremmøteskjema for deltakere i Demensomsorgens ABC studiegruppe År:

Kommune: _____ Arb.plass: _____ Adr: _____

Kommunens kontaktperson: _____ Tlf.: _____ E-post: _____

Studieperm: _____ Tid pr samling: _____ (timer) Gruppens kontaktperson _____

Kryss i kolonne **A** for fremmøte.
Kryss i kolonne **B** for å ha lest heftet ved fremmøte.
Manglende kryss i **A** og **B** betyr at du ikke har lest.
For å få utstedt studiebevis kreves min. 80 % fremmøte og lest alle hefter ved fremmøte.
Deltakelse på fagseminarer teller som en studiestamline.

[illegible]

Ved fullført studieperm sender kommunens kontaktperson opplysninger om fremtøte til: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Postboks 2126, 3103 Tønsberg. Kopier opp flere skjemater hvis nødvendig.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Retningslinjer for gruppesamlingene

Gruppesamlingene er kjernen i arbeidet med ABC studiene. Det er derfor viktig at gruppene i starten bruker tid på gruppeprosessen. Hvordan gruppene skal arbeide med dette står fylldig beskrevet i begynnelsen av studiematerialet. Det er viktig at gruppen selv finner sin form å arbeide på.

De retningslinjer som følger her er ikke normer for gruppene, men **minimumskrav** for å få studiebevis.

Før hver gruppesamling må deltakerne lese heftet som skal diskuteres.

På gruppesamlingene skal tidsbruk til faglig innhold være minimum **en og en halv time** per hefte.

Vi anbefaler **ett hefte per samling**. Det vil si:

- 11 samlinger på Demensomsorgens ABC – Perm 1 og 12 samlinger på Demensomsorgens ABC – Perm 2**
- 11 samlinger på Demensomsorgens ABC – Mijjøbehandling**

Ta gjerne også tid til litt mat og hyggelig prat utover tiden dere har satt av til faglig innhold.

Ved fullført studieperm leveres **riktig utfyllt fremmøteskjema** til kommunens kontaktperson som kontrollerer og videresender skjemaet til

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Postboks 2136, 3103 TØNSBERG

E-post: post@aldringoghelse.no

Studiebevis utstedes på grunnlag av den enkelte deltakers fremmøte og beregnes ut fra de gitte kriterier (se forside)
Ferdig utfylte studiebevis sendes samlet tilbake til kommunens kontaktperson for distribusjon til studiedeltakerne.

Studiebevis utstedes for de som tilfredsstiller fremmøtekravet
Ved fullført studieperm sender **kommunens kontaktperson** opplysninger om fremmøte til: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Postboks 2136, 3103 Tønsberg.
Kopier opp flere skjemaer hvis nødvendig.

VEDLEGG 3

Intervjuguide – ABC kommunekontakter

Erfaringer fra gjennomføringen av ABC-modellen i norske kommuner, Demensplan 2015

Stedet for intervjuet

Navn på kommunekontakt

Hvor jobber du og hvilken funksjon har du hatt som kommunekontakt?

Fakta

Kommunen og lokal ABC-gjennomføring

- Hvilket år starta dere opp?
- Hvor mange deltakere ble med?
- Hvilke ABC-permer har dere gjennomført?

Organisering

Hva er dine erfaringer fra gjennomføringen av ABC-modellen i din kommune i forhold til organisering?

- Hvor mange enheter kom deltakerne fra?
- Er det enheter som ikke har med deltakere?
- Kan du si noe om forskjeller ved disse enhetene?

Strukturering

Kan du fortelle litt om arbeidet i tiden med planlegging og oppstart?

- Hvordan foregikk rekrutteringen?
- Hvem involverte seg i motivasjonsarbeidet?
- Hvordan foregikk gruppesammensetningen?
- Var det særlige hendelser som fikk betydning for gjennomføringen?

Forankring og ledelse

- Hvordan ble det avgjort å sette i gang?
- På hvilket nivå i ledelsen ble tiltaket forankret?
- Var det med avdelingsledere i gruppene?
- Hvordan ble ledelse i ABC gruppene utført?

Koordinering og oppfølging

Kan du fortelle litt om din rolle som kommunekontakt?

- Hva slags informasjon fikk du om ABC?
- Hvilken type fagmiljø har fulgt opp med undervisning?
- Hvordan har du/kommunene erfart kontakten med fagmiljøet?

- Kan du peke på områder i tjenestene som har hatt nytteeffekt av tiltaket?
- Har koordinatorfunksjonen påvirket din rolle på arbeidssted?
- Hvor stor arbeidsmengde har ABC-medført for deg?
- Har du og i tilfelle hvordan har du samarbeidet med avdelingslederne?
- Har det vært samarbeid med andre kommuner?

Deltakerne og gruppearbeidet

Kan du fortelle litt om hvordan deltakerne arbeider i gruppene

- Har du opplevd situasjoner i gruppene hvor du ble rådspurt?
- Har gruppesammensetningen blitt endret i noen tilfeller?
- Har arbeidet i gruppene blitt gjennomført i forhold til rammene?
- Har deltakerne vist tegn til trivsel eller mistrivsel i gruppene?
- Vil du si at noen deltakere har vært gratis passasjerer?
- Hvordan opplever du at arbeidet i gruppene påvirket enkeltpersoner?

Resultat

Kompetanseutvikling og verdi for kommunen

- Har kommunene behandlingstiltak innen satsningsområdene i Demensplan 2015?
- Hvordan har ABC deltakelsen påvirket i forhold til pårørende?
- Hvordan ser du på kommunens muligheter for å løse oppgavene?
- Har og i tilfelle hvordan er oppfølging gjennom et pasientforløp påvirket av ABC deltakelsen?
- Har og i tilfelle hvordan har det medført endringer i samarbeidet mellom enheter?
- Har og i tilfelle hvordan har ABC påvirket forhold i arbeidsmiljøet?
- Har og i tilfelle hvordan har ABC påvirket kunnskapsforståelsen hos deltakerne?
- Har og i tilfelle hvordan er deltakernes kompetanse benyttet i utviklingsarbeid?
- Opplever du hindringer for at deltakerne får brukt sin kompetanse?

Oppsummering

- Kan du konkretisere tre erfaringer du ser kan ha hatt en hemmende effekt på kompetanseutvikling?
- Kan du konkretisere tre erfaringer som har fremmet kompetanseutvikling?

Er det noe mer du ønsker å tilføye til slutt?

VEDLEGG 4

Intervjuguide – ABC samarbeidspartnere

Erfaringer fra gjennomføringen av ABC-modellen i norske kommuner, Demensplan 2015

Stedet for intervjuet

Navn på kontaktperson

Hvor jobber du og hvilken funksjon har du hatt som koordinator for ditt område?

Fakta

- Fagmiljøet og regional ABC-gjennomføring
- Hvilket år starta dere opp?
- Hvor mange kommuner er blitt med?
- Hvilke ABC-permer har dere fulgt opp?

Organisering

- Hva er dine erfaringer fra oppfølging av ABC-modellen i ditt område i forhold til organisering?

Innad

- Kan du beskrive nærmere hva arbeidet i praksis har omfattet?
- Hvordan har dere organisert arbeidet innad hos dere?
- Hvordan er ABC-arbeidet forankret i ledelsen i deres virksomhet?
- Hvordan har ABC-arbeidet passet inn sammen med andre oppgaver?

Utd

- Er det flere miljøer som samarbeider om koordinering i ditt område?
 - Hvis ja, hvordan er samarbeidet gjennomført?
- Er det flere miljøer eller fagperson som deltar i undervisningen?

Økonomi og andre ressurser

- Har du noen tanker om økonomien i satsingen?
- Har dere hatt annen ekstern økonomisk støtte ut over tilskuddet administrert fra Aldring og helse?
- Andre ressurser av betydning?

Erfaringer fra møte med kommunene

- Hvordan har dere arbeidet oppfølging av kommunene?
- Hvordan ble kontakten med kommunene etablert?
- Hvem i kommunen har dere samarbeidet med?
- Hvordan ble seminarene organisert?
- Hvordan ble fagtema i seminarene bestemt?
- Hva vil dere legge vekt på ved erfaringer i forhold til samarbeidet?

Samhandling

- Er seminarer gjennomført for flere kommuner samlet?
- Hva har vært styrende for hvordan dere har organisert seminarene?
- Hvordan har oppfølgingen av kommunene vært mellom seminarene?
- Hvordan har samhandling endret seg gjennom perioden?
- Hvordan har arbeidet hatt betydning for eget fagmiljø?
- Hvordan kan ABC-satsingen ha bidratt til kommunenes mulighet til å gjennomføre sine oppgaver

Er det noe mer dere ønsker å tilføye til slutt?

ABC - Virksomhetsintern opplæring i kommunene

Å øke kompetanse om demens og behandling av personer med demens, har vært en viktig del av *Demensplan 2015* og *Kompetanseløftet 2015*. Et virkemiddel i satsing har vært å utvikle og implementere Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC, som en virksomhetsintern opplæringsmodell beregnet på personell som gir tjenester til eldre i norske kommuner.

I denne rapporten beskrives ABC-modellen, hvordan den er bygget opp og gjennomføres. Vi ser nærmere på erfaringene fra satsingen som nå omfatter over 400 kommuner og over 20 000 ansatte. For å samle erfaringene har vi tatt kontakt med ledere og kontaktpersoner i et utvalg kommuner og med våre samarbeidspartnere som har stått for oppfølging av satsingen lokalt og regionalt rundt om i landet.

Forfattere:

Betty Sandvik Døble og Arnfinn Eek med bidrag fra Marta Reggestad, Anne Marie Mork Rokstad, Allan Øvereng og Lise Øverland.

ISBN 978-82-8061-256-4



Aldring og helse

Nasjonal kompetansetjeneste

Forlaget Aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf: 33 34 19 50

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no