

MASTEROPPGAVE

“Hånden på rattet” i kompetanseutviklingen – er det mulig?

*En studie av kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling
i sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold.*

Anita Elmer

26. april 2017

Masterstudium i Organisasjon og ledelse

Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag



Forord

Med bakgrunn som sykepleier, mange år som ledere i sykehus og nå som student ved masterstudiet i Organisasjon og ledelse, synes jeg det har vært interessant å se på hvordan utvikling av helsepersonells kompetanse planlegges og gjennomføres i sykehjem og hjemmetjenester etter innføringen av samhandlingsreformen. Hvilke utfordringer ledere i kommunene opplever i hverdagen, og hvordan samarbeidet og kompetansedeling mellom sykehus og kommuner fungerer har vært sentralt for studien i denne masteroppgaven.

Jeg nærmer meg slutten på et spennende studium, der jeg har benyttet og delt av min erfaring, lært mye nytt og fått nye venner som jeg har delt mange hyggelige middager og handleturer med under studieoppholdene i Halden.

Det har vært krevende å kombinere studier med jobb, men jeg vil takke arbeidsgiver for god tilrettelegging de siste månedene slik at jeg har fått frigjort tid til å slutføre masteroppgaven. Jeg vil også takke familien min for tålmodighet og hjelp, når jeg har vært på studiesamlinger og har hatt behov for ro til å lese og skrive.

For å gjennomføre studiet har jeg vært avhengig av velvillige respondenter fra kommunene. Jeg vil derfor rette en stor takk til de lederne og fagutviklingssykepleierne som med stor grad av åpenhet og engasjement har deltatt i gruppeintervju og individuelle intervju, og til kommunalsjefene som har vært positive til gjennomføringen av studien i de respektive kommunene.

Arbeidet med masteroppgaven har gitt meg mye læring, men også frustrasjoner underveis. Jeg vil takke min veileder, Sidsel Kari Solbrække, for fantastisk god hjelp og støtte, og for konkrete og gode innspill underveis.

Tønsberg, 26. april 2017

Anita Elmer

Sammendrag

Denne masteroppgaven omhandler kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling i sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold etter innføringen av samhandlingsreformen.

Det er flere statlige undersøkelser og rapporter som peker på at kompetansen fortsatt er for lav i kommunale helse- og omsorgstjenester til å oppfylle intensjonene med samhandlingsreformen. I den forbindelse fremheves lav lederkompetanse i kommunene og sviktende samarbeid mellom kommuner og sykehus som noen av årsakene til at kompetansen ikke følger utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

I studien har jeg sett på hvordan kompetanse ledes og utvikles, og om ledere opplever at forutsetningene er til stede for å jobbe målrettet og systematisk med kompetanseutvikling i sykehjem og hjemmetjenester ved to av kommunene i Vestfold. Funnene fra studien suppleres med data fra en kartlegging av kompetansedeling og samarbeid i Sykehuset i Vestfold og alle tilhørende kommuner i Vestfold.

I studien i de to kommunene har jeg benyttet kvalitativ tilnærming, der jeg har intervjuet ledere på flere nivåer i kommunene, og fagutviklingssykepleiere som har en sentral rolle i å planlegge og gjennomføre lokale kompetanseutviklingstiltak.

Hovedfunnene viser at det gjennomføres en rekke tiltak for å øke kompetansen til helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester, men det er lite strategi og plan for hvilken kompetanse som skal prioriteres og utvikles. Lederne opplever økende krav og ulike utfordringer med å tilrettelegge for den faglige utviklingen som nye helse- og omsorgstjenester krever. Sykehuset i Vestfold tilbyr ulike kurs, råd og veiledning, men det er lite systematikk og manglende gjensidighet i kompetansedelingen.

Hensikten med å belyse hvordan kompetanseutvikling og kompetansedeling fungerer i dag har vært å øke engasjementet hos ledere i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold for at kompetanseutvikling er sentralt for all utvikling og koordinering av helsetjenester. Jeg ønsker også å sette fokus på at kommuner og sykehus i større grad må samarbeide og ta et gjensidig ansvar for kompetanseutviklingen for å oppnå god og koordinerte tjenester for brukere og pasienter.

Funnene i denne masteroppgaven vil være nyttig for et videre arbeid mellom kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold, og for kompetanseutviklingen i den enkelte kommune. Utfordringsbildet som beskrives vil også kunne være gjenkjennbart for helse- og omsorgstjenester i andre kommuner i landet.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1. Styringsformens virkning på kompetanseutviklingen	2
1.2. Problemstilling og forskningsspørsmål.....	4
1.3. Begrunnelse for valg av masteremne og problemstilling.....	7
1.4. Denne studiens plass i forskningsfeltet.....	12
1.5. Masteroppgavens oppbygging	13
2. Forskningsdesign og metode.....	15
2.1. Kvalitativ metode	15
2.2. Utvalg av undersøkelsesenheter og respondenter	17
2.3. Bruk av begrepene kompetanseutvikling versus utdanning	22
2.4. Etiske retningslinjer – konfidensialitet	22
2.5. Meg selv som forsker	23
2.6. Kartlegging av kompetansedeling og kompetansesamarbeid	24
3. Teoretiske perspektiver.....	27
3.1. Kompetanse.....	27
3.2. Kompetanseledelse	34
3.3. Tverrsektorielt samarbeid	47
4. Kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling i sykehjem og hjemmetjenester.....	51
4.1. Hva finnes av kompetanseplaner?	52
4.2. Kompetansekartlegging og behovsanalyse	55
4.3. Læringsformer	60
4.4. Rekruttering og opplæring av nyansatte.....	63
4.5. Kompetansemobilisering.....	65
4.6. Lederrollen i kompetanseutviklingen.....	67
4.7. Fagutviklingssykepleier som lederstøtte og tilrettelegger	70
4.8. Læringskultur.....	71
4.9. Læring av endring og læring skaper endring	73
4.10. Oppsummering	75
5. Kompetansedeling og kompetansesamarbeid.....	77
5.1. Samarbeidsavtaler	78
5.2. Uklare forventinger og grenser mellom helsetjenestenivåene.....	80
5.3. Samarbeid på tvers av kommuner	84
5.4. Ledelse gjennom nettverk	87

5.5.	Kompetansedeling mellom kommuner og sykehus	88
5.6.	Kjennskap til hverandres behov	92
5.7.	Oppsummering.....	94
6.	Utviklingen av kompetanse etter samhandlingsreformen.....	96
6.1.	Utvikling av kompetanse i kommunehelsetjenesten i Vestfold	96
6.2.	Forutsetninger for utvikling av kompetanse	98
6.3.	Ulike oppfatning av handlingsrom	103
6.4.	Oppsummering.....	104
7.	Utfordringer knyttet til kompetanseutvikling i kommunene	106
7.1.	Plan og strategi for faglig utvikling og opplæring av helsepersonell.....	106
7.2.	Sykehusets rolle i å øke kompetansen til helsepersonell i kommunene	107
7.3.	Forutsetningene for å drive systematisk kompetanseutvikling	108
7.4.	Avtaler og mål for samhandling på tvers av virksomheter og nivåer.....	109
7.5.	Felles kompetansetiltak for sykepleiere i Vestfold	110
7.6.	Samfunnsmessig ansvar for faglig kvalitet på helse- og omsorgstjenestene.....	110
8.	Konklusjon og veien videre	115
8.1.	Avsluttende konklusjon	115
8.2.	Veien videre.....	117
	Referanseliste.....	120

Figuroversikt

Fig.1. Kompetansekjeden (Nordhaug, 2004:34) s.35

Vedlegg

Vedlegg 1 - Invitasjon og samtykkeerklæring til gruppeintervju

Vedlegg 2 - Informasjon og samtykkeerklæring individuelle intervjuer

Vedlegg 3 - Intervjuguide gruppeintervju

Vedlegg 4 - Intervjuguide individuelle intervju

Vedlegg 5 - Tilbakemelding på melding om behandling av person-
opplysninger fra personvernombudet.

Vedlegg 6 - Rapport – Kartlegging av kompetansedeling og samarbeid mellom kommuner
i Vestfold og Sykehuset i Vestfold.

1. Innledning

Samfunnsutviklingen i årene fremover blir preget av en befolkning med langt flere eldre og syke med et sammensatt sykdomsbilde og tjenestebehov. Dette fører til store samfunns-økonomiske utfordringer, og større krav til prioriteringer og organisering av helse- og omsorgstjenestene. Med samhandlingsreformen har det blitt langt flere og mer avanserte oppgaver, og et større ansvar på kommunene. Kompetansen som kreves for å levere gode og koordinerte tjenester til pasienter og brukere må utvikles i takt med dette. Utvikling av kompetanse hos ansatte og ledere i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å nå målene i samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen ble innført i 2012, og har hele tiden vært beskrevet som en retningsreform. Det betyr at realiseringen av reformen bygger på et sett virkemidler og definert overordnede mål, men at det er rom for variasjoner i hvordan reformen gjennomføres lokalt. Innføringsperioden var tenkt avsluttet ved årsskifte 2015/2016. Perioden 2012 -2015 har derfor vært forutsatt som perioden for implementering av reformen. Erfaringen så langt både nasjonalt og i Vestfold viser at det fortsatt gjenstår mye før vi kan si at reformens intensjoner om et «paradigmeskifte» i norsk helsevesen er oppfylt.

Jeg jobber til daglig i Sykehuset i Vestfold og opplever at kompetanseoverføring til kommunene i Vestfold skjer for tilfeldig og sporadisk, og at det er noen kommuner som har et stort engasjement i å utvikle og anskaffe ny kompetanse og andre ikke. Samfunnsmessig er kompetanseutvikling på tvers av sykehus og kommuner et område som jeg over lang tid har vært opptatt av. Gjennom jobben som sykepleiere og som leder i sykehus har jeg skaffet meg erfaring faglig og ledelsesmessig, som jeg bringer med meg i mine betraktninger av fenomenet. Jeg opplever at mange av prosessene knyttet til samhandlingsreformen har vært preget av å plassere ansvar og oppgaver, og hatt for lite fokus på kompetanse som en viktig forutsetning for å nå målene og lykkes.

Som prosjektleder i Sykehuset i Vestfold har jeg jobbet med et prosjekt fra høsten 2016, der målet har vært å sette kompetansedeling mellom kommunehelsetjenesten i Vestfold og Sykehuset i Vestfold mer i system, i tråd med behov og de mål som sektoren som helhet skal strekke seg mot. Det er viktig å se på hva kommunene og sykehuset i fellesskap kan gjøre for å realisere intensjonene i samhandlingsreformen. Målrettet, strukturert og systematisk kompetansedeling og kompetanseutvikling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er tiltak som vil kunne bidra til at pasientene kan tas hånd på en god måte på riktig omsorgsnivå. Kartlegging av kompetansebehov og innretning på tiltakene må skje i nært samarbeid med ledere og fagpersoner fra ulike kommuner og nivåer i helsetjenesten, for at en slik satsning skal gi effekt.

Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold, som har en sentral rolle som bidragsyter i utviklingsarbeid i kommunehelsetjenesten, opplever at kommunene i ulik grad engasjerer seg i utviklingsprosjekter.

Kommunene på sin side har ulik organisering og størrelse, og det er til nå få kompetanseutviklingstiltak som iverksettes på tvers og omfatter alle kommuner i Vestfold. Det er i stor grad opp til den enkelte kommune hva de ønsker å sette i gang. Under presentasjon av resultater fra prosjektet, "Kartlegging av kompetansedeling og samarbeid mellom kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold", erkjennes det at det er behov for styrket fokus på kompetansedeling og kompetanseutvikling, for å løse de utfordringer som er og i enda større grad kommer i årene fremover.

For å få innsikt i hvilket fokus og utvikling kommunene til nå har hatt for å øke ansattes og lederes kompetanse, ville jeg gjennom mastergradsarbeidet gjøre en studie i sykehjem og hjemmetjenester i to av kommunene i Vestfold. Det har i studien vært interessant å undersøke både hvorvidt det jobbes systematisk med kompetanseutvikling, hvilke prioriteringer som gjøres og hvilke utfordringer ledere i sykehjem og hjemmetjenester har med å utvikle helsepersonell med riktig kompetanse.

1.1. Styringsformens virkning på kompetanseutviklingen

Velferdsstaten har i de siste tretti årene gjennomgått en omfattende ombygging, dette i en tid hvor organisasjons- og styringsoppskriften fra New Public Management ble innført for å effektivisere offentlige organisasjoner ved endringer i strukturer, prosesser og insentivsystemer (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:22). Dette sammen med kunnskaps-samfunnet og velferdssamfunnets ekspansjon har for lengst sprengt grensene som tidligere styringsformer og hierarki har satt. Det har ført til en mer fragmentert stat, med uoversiktlige beslutningssystemer med uklare skillelinjer mellom nivåer og styringsprinsipper. Oversikten blir dårligere, likebehandling blir vanskelig å gjennomføre og samordnet styring går tapt. Dette stiller nye krav til endringer i organisering, styring og ledelse (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:23). Hvordan lederne nærmest tjenestemottakerne i helse- og omsorgstjenesten opplever dagens styringsform, og hvordan det påvirker lederes forutsetninger for ledelse og utvikling av kompetanse har derfor vært sentralt å undersøke i studien i de to kommunene.

Gjennom samhandlingsreformen ble finansieringsansvar overført fra stat til kommune. Finansieringsansvaret skulle motivere kommuner til å redusere bruken av sykehustjenester, øke satsningen på forebygging, og styrke tjenestetilbudene som er tilpasset lokale behov i de aktuelle kommunene, særlig til den eldre andelen av befolkningen. Et annet viktig prinsipp i reformen har vært at pasienter skal behandles på rett sted, og ikke bli liggende på sykehuset når de er utskrivningsklare fordi kommunene ikke har kapasitet til å ta i mot dem. Økonomiske insentiver ble iverksatt for å redusere liggetiden i sykehusene. Kommunenes finansieringsansvar er fra 2015 begrenset til liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i sykehus. Finansieringsansvaret kan påvirke vurderingen av når en pasient defineres som utskrivningsklar fra sykehus, og kan utfordre forsvarlighetsstandarder (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:327).

Som Rolland påpeker, kommer kommunesektorens inntekter i stigende andel i form av statlige rammeoverføringer og skatter og avgifter. KOSTRA (Kommune – Stat – Rapportering) er et sett med resultatindikatorer i kvantifisert form, som gir staten innsikt i hvordan ressursene anvendes. I KOSTRA er behovet, og derfor målsettingen på makronivå å effektivisere den kommunale tjenesteproduksjon. Indikator for effektivitet er økt produktivitet og treffsikkerhet ved rapportering av kommunens ressursbruk og tjenesteproduksjon. Svakheten ved KOSTRA som Rolland understreker, er at indikatorene er basert på behovsdekningen slik samfunnet ser det, og ikke behovsdekningen slik brukerne selv ser det (Rolland, 2004:11). Jacobsen understreker videre at tendensen i norske kommuner er at det er en stadig økende delegasjon av oppgaver og ansvar, der resultatenheten er avgrenset til hvilke tjenester enheten yter og til hvilke brukere. Resultatene blir da lettere å måle ut i fra hva som er avtalt og forventes av kommunens øverste ledelse (Jacobsen, 2009:81). Ulempene ved økt grad av delegasjon av oppgaver og ansvar er at organiseringen av helse- og omsorgstjenester blir mer fragmentert, noe som hemmer koordinering og samarbeid.

Kommuner skal tilby det samme spekter av tjenester med i prinsippet samme kvalitet uavhengig av kommunens størrelse. Små kommuner har slitt med smådriftsulempen, og har høyere andel administrasjonskostnader og produksjonskapasiteten blir dårligere utnyttet. Utfordringene for de små kommunene har som Jacobsen fremhever, medført behov for interkommunalt samarbeid omkring enkelte tjenester eller oppgaver. Kommunesammenslåinger skaper motstand og vil føre til at noen kommuner mister en del funksjoner i den geografiske nærheten, og de små kommunene kan føle at de mister noe til de større kommunene (Jacobsen, 2009:88). Dette medfører at ledere på tvers av kommunene må samarbeide om utvikling og drift av helse- og omsorgstjenester. Gjennom dette må lederne være mer opptatt av robuste og kvalitetsmessig gode helse- og omsorgstjenester, enn å beholde alle de mindre tjenestesegmentene i umiddelbar nærhet.

Som Jacobsen påpeker skal kommunen på den ene siden være en tjenesteyter for sine innbyggere, og på den andre siden skal kommunen være et myndighetsorgan og drive med forvaltningsoppgaver i tråd med lov- og regelverk. Som tjenesteyter skal kommunen yte service og tilpasse seg de ønsker og behov som tjenestemottakerne har. Innenfor forvaltningsområdet kan det i større grad være interessekonflikter mellom innbyggere og kommunen, der kommunen oppfattes som byråkratisk bestemmende. Effekten av tjenesteytingen er avhengig av både tjenesteyter og de som mottar tjenestene, og derfor vanskelig å si noe absolutt om kvaliteten på en tjeneste. Kvaliteten vil være avhengig av både effekt tjenesten har og tjenestemottakerens forventninger. Dette er en kompleks tjenesteyting som krever kompleks kompetanse (Jacobsen, 2009:53).

New Public Management (NPM) beskrives av Schaug som en ledelsesfilosofi der man i offentlig sektor prøver å legge markedsmessige prinsipper til grunn, som de gjør i privat sektor. Hensikten er å utføre offentlige tjenester på en rimeligere måte, der det legges vekt på ledernes mål- og resultatansvar. Med NPM er det utarbeidet kvantitative resultat- og

effektivitetsmål, som har ført til en større bevissthet der man er mer opptatt av optimal kvalitet enn maksimal kvalitet og er opptatt av å utføre tjenestene på rimeligste måte (Schaug, 2010:25).

Kvalitet er avhengig av god og riktig kompetanse, noe som Jacobsen peker på at kan være vanskelig å måle. For å øke kompetansen til å håndtere nye og mer avanserte tjenester i kommunene, kreves tid og ressurser. Dette er det vanskelig å forsvare fullt ut i en modell der mål og resultater som utgangspunkt for kostnadsdekningen, er kvantifiserbare størrelse. De fleste norske kommuner har innført mål- og resultatorientert styring, der det er utviklet indikatorer på ressursbruk, for aktiviteter, for tidsbruk pr tjeneste og kostnader pr bruker. Modellen er forbundet med at det er vanskelig å sette konkrete mål, aktiviteter og tjenester foregår parallelt, vanskelig å måle effekter og det er fare for at det som kan måles prioriteres, noe som kan betegnes som målforskyvning (Jacobsen, 2009:79).

I studien i de to kommunene i denne masteravhandlingen er det derfor interessant å undersøke om fokuset på mål og resultatstyring påvirker fokuset og muligheter for å utvikle kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kravene påvirker hvilke endringer som blir vektlagt, og kompetanseutvikling er en viktig del av endringsarbeidet. Innføring av endringer for å nå målene med samhandlingsreformen, krever at ledere medvirker i å forstå hvordan og hvorfor virksomhetene trenger utvikling og forandring. Som Busch, Johnsen, Klausen og Vanebo understreker er ledernes forutsetninger for å initiere og drive igjennom endringer i egen organisasjon avhengig av forhold som lederstil, beslutningsstil, virksomhetskrav og motivasjon (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:219). For å gjennomføre endringer som medfører mer behandling og kompleks oppfølging av pasienter i kommunale helse- og omsorgstjenester, kreves det mer og annen kompetanse. I følge statlige rapporter, er dette noe kommunene i ulik grad har tatt innover seg. Det betyr altså at samhandlingsreformen og styringsformen i kommunene utfordrer lederne i den daglige ledelse og styring av kompetanseutvikling.

1.2. Problemstilling og forskningsspørsmål

Kvalitet og pasientsikkerhet har direkte sammenheng med helsepersonells kompetanse og yrkesutøvelse. Leder er satt til å organisere, lede og fordele arbeidet med rett person til rett tid med riktig kompetanse. Rekruttering av helsepersonell til kommunehelsetjenesten, er avhengig av hvilke muligheter de ansatte har for faglig utvikling og spennende arbeidsoppgaver. Samhandlingsreformen har tilført kommunene ny oppgaver og helse- og omsorgstjenester som er mer avansert, og som gir større spenn i arbeidsoppgaver. Gjennom problemstillingen ønsker jeg å rette fokuset på hvilke utfordringer lederne i de kommunale helsetjenestene har i dag for å lede og utvikle ansattes kompetanse, og for å nå målene med samhandlingsreformen.

Med de begrunnelsene som er presentert over er det følgende problemstilling som skal besvares i denne studien:

Hvilke utfordringer har ledere med å styre og lede kompetanseutviklingen i sykehjem og hjemmetjenester?

Tilsyn og rapporter peker på mangler ved både ledelse og kompetanse i utviklingen av tjenestene i kommunehelsetjenesten, men ledelse relateres i liten grad til hvordan kompetanseutvikling som eget område ledes og styres internt i virksomheter, og på tvers av kommuner og nivåer i helsetjenesten. Rapportene beskriver i større grad helsepersonells og lederes kompetanse eller mangel på kompetanse.

Hva betyr utfordringene for kommunehelsetjenestens fokus på kompetanseutvikling, hvordan kan de oppnå høyere og riktig kompetanse på helsepersonell, som igjen vil bidra til god pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene? I arbeidet med kompetansedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og utvikling av ledere, vil funnene fra studien være interessante og relevante for videre utvikling av kompetansesamarbeidet i Vestfold. Fordi det er sannsynlig at andre kommuner i Norge har de samme utfordringene knyttet til innføringen av samhandlingsreformen som kommunene i Vestfold, vil funnene fra studien i de to kommunene og kartleggingen i alle kommuner i Vestfold i stor grad være overførbare til andre kommuner.

Forskningsspørsmål

Med dette bakteppet og valgte problemstilling, har jeg formulert følgende forskningsspørsmål:

1. *Hvilken plan og strategi har virksomhetene for faglig utvikling og opplæring av helsepersonell?*

For å belyse og forklare funn under dette spørsmålet, har jeg benyttet teori om kompetanseplanlegging og strategi, og hva som påvirker valg av de kompetansetiltakene som iverksettes og gjennomføres. De teoretiske perspektivene jeg har benyttet i analysen er blant annet lederes rolle og ansvar, læringskultur, læringsformer og kompetansmobilisering. Teorien er i hovedsak hentet fra Nordhaug, Lai, Filstad og Dalin. Spørsmålet er stilt til ledere på flere nivåer og fagutviklingssykepleiere, for å få innsikt i hvilke tiltak som prioriteres for hvem og i hvilken form. Om fagutviklingen forgår systematisk med et begrunnet innhold, og om de har mål for hva som skal foregå på lengre sikt ønsket jeg også å få frem. Dette ble utdypet videre i spørsmål om hvem som har og tar hvilke roller og ansvar i planlegging og iverksetting av kompetanseutviklingstiltak. Informasjon fra mellomledere og kommunalsjef belyser om det er koplinger mellom overordnet strategi og kompetanseplaner, og hva som planlegges og iverksettes i praksis.

2. Hvor viktig er sykehusets rolle i å øke kompetansen til helsepersonell i kommunene?

Fokuset for dette spørsmålet har vært kompetansedeling mellom Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold, og fagnettverk som arena for å spre kompetanse. For å belyse og forklare funn under dette spørsmålet ha jeg benyttet teori om tverrsektorielt samarbeid, nettverksledelse og kompetansedeling. Teorien som jeg har benyttet for å belyse disse perspektivene er hentet fra blant annet Amdam og Veggeland, Holm-Petersen og Sandberg Buch, og Filstad. På dette punktet var både avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere viktige informasjonskilder. De kunne beskrive hvordan de til nå opplever at Sykehuset i Vestfold ivaretar sin veiledningsplikt overfor kommunene i Vestfold, og hva sykehuset videre kan bidra med av kompetanseutvikling kontra egne eller andre eksterne ressurser.

3. Opplever ledere at forutsetningene er til stede for å drive systematisk kompetanseutvikling?

Svarene under dette spørsmålet relateres til utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i kommunene, forutsetninger for utvikling av kompetanse og ledernes oppfatning av handlingsrom. De teoretiske perspektivene jeg har benyttet er kommunalt lederskap, gjennomføring av reformer, knapphetsfaktorene økonomi og tid, og leders evne til å prioritere og handle. Teorien er hentet fra blant annet Stokkeland og Kaarbø, Schaug, Hübertz Haaland og Dale, Brunsson og Brunsson, og Busch, Johnsen og Vanebo. Her var informasjon fra leder på flere nivåer av betydning. I tillegg til å svare på om forutsetningen er tilsted og eventuelt hva som mangler av forutsetninger internt, fra politikere og andre eksterne samarbeidsparter, var det interessant å sammenlikne svarene fra ledere på de ulike nivåene. Hadde de samme syn på dette, eller mente ledere på høyere nivå at forutsetningene i større grad var til stede?

4. Er avtaler og mål for samhandling på tvers av virksomheter og nivåer tydelig og kjent for ledere og ansatte?

Svarene på dette spørsmålet belyses av teori og rapporter som omtaler samarbeidsavtalenes verdi, og hvordan effekten av uklare grensesnitt mellom kommuner og sykehus påvirker lederes evne til å ta beslutninger. Jeg har benyttet teoretiske perspektiver som tillit som styringsmekanisme, utvikling av samarbeidsrelasjoner, barrierer for samarbeid og planlegging i komplekse systemer. Teori på disse områdene er hentet fra Haugland, Amdam og Veggeland, og Holm-Petersen og Sandberg Buch.

Avtaleinstituttets plass i den operative virkeligheten var viktig å få svar på, og om innholdet i avtalene faktisk har betydning for dagens samhandling og utvikling. I den forbindelse var det viktig å få svar på om kommunene har gjort noe for å informere sine ledere og ansatte om innholdet i samarbeidsavtalene som kommunene i Vestfold har med Sykehuset i Vestfold. Om avtalene er for generelle til å få betydning for helsepersonells forventninger og krav mellom partene, var også viktig å belyse for å kunne utvikle det potensialet som kan ligge i å tydeliggjøre avtaler.

5. *Hva skal til for at kommunene i Vestfold skal iverksette felles kompetansetiltak for helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester?*

Under dette spørsmålet belyses samarbeid på tvers av kommuner i Vestfold og behovet for felles standardiserte kompetansetiltak. Her har også teori om nettverksledelse og samarbeid på tvers av nivåer vært relevant, i tillegg til teori som forklarer effekten av standardisering. Teori for å belyse og forklare dette er hentet fra Brandi, Hildebrandt og Norhaug, Holm – Petersen og Sandberg Buch, og Jacobsen. For å besvare dette forskningsspørsmålet har det vært viktig å få belyst om det er viktig for ledere og fagutviklingssykepleiere at helse- og omsorgstjenestene i kommunene i Vestfold i større grad har en felles strategi for kompetanseutvikling. Hvilke tiltak og i hvilken form kompetanseutvikling da eventuelt kan iverksettes, hvor ansvaret for å drive felles kompetanseutviklingsstrategi kan plasseres, og hvordan et felles kompetanseløft vil kunne påvirke samhandlingen og koordineringen av tjenestene mellom Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold, ønsket jeg også svar på.

Med utgangspunkt i disse forskningsspørsmålene utarbeidet jeg intervjuguider, med underspørsmål for å få frem flere detaljer og innfallsvinkler på de enkelte spørsmålene. Studien min vil være et supplement til annen forskning som er gjort nasjonalt og i andre sektorer innenfor samme tematiske området.

1.3. Begrunnelse for valg av masteremne og problemstilling

For å utdype begrunnelsen for valg av masteremne og problemstilling vil jeg benytte statlige rapporter og planer, og litteratur som omhandler utviklingen i kommunale helsetjenester.

Kompleksiteten og bredden i de oppgavene kommunene skal ivareta har økt gradvis over tid. Primærhelsetjenesten ble bygd opp i en tid hvor bekjempelse av smittsomme sykdommer stod sentralt, og hvor liggetiden i sykehus eller annen institusjon var lang. Arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og sosialtjenestene, som gradvis vokste frem i årene frem til kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984, var svært annerledes enn i dag. Utviklingen vi ser i dag er et resultat av blant annet HVPU- reformen, ønsket omstilling innen psykisk helsevern og kraftig reduserte liggetider i spesialisthelsetjenesten generelt med overgang til mer poliklinikk og dagbehandling. Når det gjelder sykdomsbyrde, er det nå de ikke-smittsomme sykdommene som kols, diabetes, kreft, hjertekarsykdommer og muskelskjelettplager, psykiske helseplager, rusproblemer og demens som utgjør hovedutfordringene. Da er det behov for en annen type og flerfaglig oppfølging over tid, mens personen bor hjemme. Utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er ikke bare behov for personell med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse. Utviklingen stiller større krav til samarbeid, og det er behov for innovasjon og utvikling av helse- og omsorgstjenestene i tråd med endrede behov (St. Meld. 26, 2014-2015:14).

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble vedtatt gjennomført fra 1. januar 2012, for å bedre kunne møte dagens og fremtidens og omsorgsutfordringer. Hovedutfordringene var knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv, og hvor hovedutfordringene ble presentert på denne måten i St. Melding nr 47:

«Tjenestene er for dårlig koordinert, og for fragmentert. Det er satt inn for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, og den demografiske utviklingen og sykdomsutviklingen gir utfordringer som vil kunne true samfunnets bæreevne» (St. Meld. 47, 2008-2009:13).

Samhandlingsreformen er definert som en retningsreform, der kommunene er gitt frihet til å organisere tjenestene på ulik måte. Reformen skal innføres gradvis med en langsiktig omstilling. Det ble vedtatt juridiske, økonomiske, organisatoriske og faglige virkemidler for å nå målene. Tiltak som skulle iverksettes for å vise vei framover å gi helsetjenesten ny retning skulle ha fokus på å forebygge framfor bare å reparere, tidlig innsats framfor sen innsats og få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen. Helsetjenestene skulle flyttes nærmere der folk bor, flere oppgaver og penger til å utføre dem skulle overføres til kommunene. Spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok skulle samles og brukere skulle få større medvirkning (Samhandlingsreformen i kortversjon¹). Sentrale begreper i samhandlingsreformen er:

Samhandling

«Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (St. Meld. 47 2008-2009:13).

Pasientforløp

«Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov» (St. Meld. 47 2008-2009:15).

En vellykket samhandlingsreform forutsetter likeverdighet og balanse i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene, men det legges til grunn at den forventede veksten i behov totalt sett i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene (St. Meld. 47, 2008-2009:26).

En større satsing på kommunehelsetjenesten betyr ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes, men rollene og oppgavene vil endres. Det blir en forskyvning av tyngdepunktet fra spesialisthelsetjenesten til mer fokus på kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning i kombinasjon med vekt på

¹ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/>

standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester. Det er ikke mulig å utforme et detaljert grensesnitt i ansvarsforholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Den faglige utvikling vil fortsette også etter samhandlingsreformen. Det forventes at spesialisthelsetjenesten utvider perspektivet, og i større grad medvirker i utvikling av forløp som går på tvers av tjenesteområder, sykehus og kommuner. Skal en lykkes med samhandlingen er det vesentlig for både brukere og samarbeidspartnere at det ledelsesmessige ansvaret er tydelig plassert. Samarbeids-problemene som oppleves på begge nivåer, er gjerne basert på at oppgavene forventes løst av personell som ikke har tilstrekkelige fullmakter og ansvar (St. Meld. 47, 2008-2009:111/140).

For å sikre pasientforløp som er gode og sammenhengende for den enkelte bruker, er det nødvendig med gode og systematiske samhandlingsverktøy og samhandlingsrutiner både mellom nivåene i helsetjenesten og innad i de ulike helsetjenestene. Samarbeidsavtaler mellom partene er et verktøy for å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. For å iverksette avtaler og etablere og følge opp langsiktige planer, er det nødvendig med sterk ledelsesforankring og en bevissthet om samhandlingskultur og praktisk tilrettelegging innad i den enkelte tjeneste. Dette fordrer lederkompetanse og styringskompetanse og klare ansvars- og oppgavefordelinger (St. Meld. 47, 2008-2009:74-77). Samarbeidsavtalen mellom Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold er definert på et generelt nivå, med lite detaljerte krav og forventinger til partene. Det kan derfor oppleves som lite retningsgivende for den enkelte avdelingsleder på et sykehjem eller i hjemmetjenesten. Det er egen delavtale for kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, og for faglige nettverk og hospitering. Som det beskrives i Stortingsmelding nr. 47, så vil det ta tid å utvikle nye rekrutteringsmønstre og holdninger som er tilpasset nye roller, oppgaver og forutsetninger. Ny oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten må skje på en kontrollert måte. Det må være kontroll med at det ikke skjer endringer på ett nivå, når nødvendige forutsetninger på andre nivåer ikke foreligger (St. Meld. 47, 2008-2009:145).

I oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst RHF til Sykehuset i Vestfold for 2016 fremheves det innenfor kvalitet og pasientsikkerhet at kompetanseutvikling er et viktig område for å underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.

«Omstilling av spesialisthelsetjenesten som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere oppgavene. Det er en viktig forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere. I tråd med Meld.St.26 (2014-2015) *Femtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* skal Sykehuset i Vestfold bidra til å øke kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester» (Oppdrag og bestilling 2016 – for Sykehuset i Vestfold²).

² <https://www.siv.no/seksjon/styredokumenter>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §6-2 beskriver hva samarbeidsavtaler som et minimum skal omfatte. Der i blant retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, og for faglige nettverk og hospitering³.

Regjeringen har i 2017 kommet med krav til kompetanse for leger i kommunale helse og omsorgstjenester og krav til ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten i nye forskrifter⁴⁵. Som det beskrives i Stortingsmelding nr. 26, mener Regjeringen at rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende at det bør fremgå direkte av lov. Loven bør derfor liste opp de profesjoner som representerer den kjernekompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha (St. Meld. 26, 2014-2015:62).

Kompetansebehov i kommunehelsetjenesten

Framskrivningen av personellbehovet fram til 2050 utført av Statistisk sentralbyrå i 2013, viser at behov i antall årsverk i omsorgssektoren kan øke med nærmere 50 prosent eller om lag 60 000 årsverk fram til 2030 og mer enn fordobles fram til 2050. Samtidig viser framskrivninger av arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell en akkumulert underdekning av de største utdanningsgruppene i omsorgssektoren på om lag 55 000 årsverk i 2030 (St. meld. 29, 2012-2013:42-44). Behovet for økt personellkapasitet inntreffer først mellom årene 2020 – 2030, da økningen i antall pleietrengende vil øke. Tilgjengelige ressurser i framtida må derfor benyttes annerledes enn i dag. Skal man lykkes med samhandlingsreformen forutsettes det at det må arbeides med helsepersonellens kompetanse, organisering og arbeidsfordeling (St. Meld. 47, 2008-2009:125).

Utvikling av ny kommunehelsetjeneste setter store krav til kommunal organisering og ledelse. Kompetanse blant ledere og helsepersonell er en forutsetning for at kommunehelsetjenesten skal kunne ivareta nye oppgaver og pasienttilstander som følger av samhandlingsreformen, og behovet for like og helhetlige helsetjenester i befolkningen på tvers av helsetjenestenivåene. En av de viktigste forventningene til spesialisthelsetjenesten i samhandlingsreformen, er at den skal bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste (St. Meld. 47, 2008-2009:111).

Utfordringer på kompetanseområdet dreier seg både om å få nok arbeidskraft, og riktig kompetanse. Det kreves systematiske tiltak som gjør det attraktivt å jobbe i kommunene, som øker og utvikler kompetansen til eksisterende personell og bedre utnytter den kompetansen som allerede finnes (St. Meld. 26, 2014-2015:65).

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt, men helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester har ingen veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Breddekompetansen som helsepersonell i kommunehelsetjenesten innehar blir stadig viktigere i møte med det økende antall brukere med store og sammensatte behov. Helsepersonell i kommunehelsetjenesten har ofte god kunnskap om den enkelte pasient,

³ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_6

⁴ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-02-17-192>

⁵ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

som er avgjørende for at spesialisthelsetjenesten skal yte gode, individuelt tilrettelagte og helhetlige tjenester (St. Meld. 26, 2014-2015:65 og 131). Nasjonal helse og sykehusplan (2016-2019) bekrefter det samme, og i tillegg at kompetanse om tilbudene som finnes i kommunene er viktig å overføre til spesialisthelsetjenesten⁶. I 2016 ble det lagt frem et forslag om endring i loven, om lovfesting av kommunal veiledningsplikt. Det innebærer at den kommunale helse- og omsorgstjenesten også skal ha en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Forslaget tilsvarer den veiledningsplikten som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten⁷.

For å endre praksis kan forskning og kunnskapsutvikling kan være et viktig virkemiddel for å møte de langsiktige utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor, som blant annet nye brukergrupper og flere eldre. Denne studien vil derfor gi verdifull kunnskap om hvilke utfordringer ledere har for å planlegge og tilrettelegge for kompetanseutvikling og hvilke kompetansetiltak det er behov for å styrke. Et sterkere kunnskapsgrunnlag vil bidra til å bedre kommunal planlegging, løfte omsorgstjenestens status og skape økt faglig interesse for sektoren. Gode pasientforløp er kjennetegnet ved at tjenestene tar utgangspunkt i brukerens mål for eget liv, oppsummert kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt, og ved at tjenestene gis koordinert i en planlagt og mest mulig uavbrutt kjede. Fylkesmennene er sentrale samarbeidspartnere for kommunalt innovasjons- og utviklingsarbeid, og forvalter blant annet kompetanse- og innovasjonstilskuddet og skjønnstilskuddet til kommunene (Regjeringen.no, Omsorg2020:36-37).

Ledelse og lederkompetanse

Samhandlingsreformen gir store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Skal en lykkes må samhandlings- og koordineringsfunksjonen få en tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring, der samarbeidet med kommunehelsetjenesten må gis et tydelig ansvarspunkt både organisatorisk og på et faglig overordnet nivå (St. Meld. 47, 2008-2009:139).

Stortingsmeldingen nr. 26 – Fremtidens primærhelsetjenesten - nærhet og helhet, refererer til flere tegn i Helsetilsynets tilsynsfunn som tyder på at ledelse i kommunale helse- og omsorgstjenester ikke er god nok. Funnen tyder på mangelfull kvalitetssikring og kontroll, og at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er for dårlig forankret i ledelsen. Årsaker til ledelsesutfordringene kan forklares med at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har med årene blitt store og komplekse virksomheter. Det kreves kompetente ledere på alle nivåer for å ivareta det lovpålagte ansvaret og de krav som stilles til styringssystemer i form av internkontroll og kontinuerlig kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Lederkompetansen er lav hos mange ledere og ledertetthet i sektoren er også lav (St. Meld. 26, 2014-2015:17).

⁶<https://www.regjeringen.no>

⁷ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-71-l-20162017/id2546178/sec4>

Hver enhet, kommune, og helseforetak, er dessuten under press av mange formål og har ulike rammeforutsetninger både økonomisk, politisk og administrativt.

Helsedirektoratet anbefaler å initiere møter mellom ledere i kommunene og i helseforetakene, opprette regionale læringsnettverk for ledere, og bedre utdanning og etterutdanning i forbedringsarbeid og samhandling. Mange ledere opplever at det er et skille i forventninger mellom organisasjonens interne mål og samhandlingsreformens felles mål. Ledere uttrykker at det mangler arenaer der de kan drøfte og få belyst de dilemmaene som oppstår, og de utfordringen dette gir dem som ledere. Lederutviklingsprogram både i helseforetak og kommuner har i liten grad samhandling og samhandlingsreformen som tema. Det er imidlertid noen unntak der de ansvarlige på begge nivåer samarbeider om innholdet i disse programmene. Hovedutfordringen når det gjelder ledelse og samhandlingsreformen er at reformen mangler klare faglige mål som ledere kan lede mot. Det er også krevende for ledere å samhandle for å nå mål for to systemer som er svært ulike, kommunene og helseforetakene (Helsedirektoratet, 2014:10-22).

Sett utenfra, og fra spesialisthelsetjenestens side, er det store variasjoner på hvordan og hva som er innført av ny systematisk opplæring og kompetanseutviklingstiltak i kommunehelsetjenesten. Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold har en sentral rolle, og driver mange prosjekter og nettverk. Det virker allikevel litt tilfeldig hvilke kommuner som deltar, og hvilke aktiviteter som drives i hver enkelt kommune og virksomhet i helse- og omsorgstjenesten. Derfor har noen kommuner kommet mye lenger i utvikling av kompetanse og tjenester enn andre. Sykehuset i Vestfolds rolle og ansvar for opplæring og veiledning er heller ikke godt nok utviklet og satt i system.

Jeg har i teksten over omtalt utviklingstrekk i helsesektoren, samhandlingsreformen, behovet for kompetanse i kommunehelsetjenesten og krav til ledelse. Beskrivelsen er basert på statlige rapporter og stortingsmeldinger. Utviklingstrekkene gir et bakteppe til fenomenet og forskningsfeltet som jeg har studert og fremlagt i denne masteroppgaven.

1.4. Denne studiens plass i forskningsfeltet

Det er gjort mange nasjonale undersøkelser som understreker at det har vært for lite fokus på å styrke kompetansen i kommunale helse- og omsorgstjenester, og at det blant annet skyldes for lav lederkompetanse og for lite samarbeid om å styrke kompetanse på tvers i helsesektoren generelt. Det fremkommer blant annet i Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenestene etter innføringen av samhandlingsreformen, og Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen. Riksrevisjonen skriver i sin rapport, at det finnes lite kunnskap om kvaliteten i tjenestene til pasientene som skrives ut til kommunene. For tidlig utskrivning og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet, er årsak til at flere pasienter blir reinnlagt i sykehus. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen påpeker dette. Andre funn i undersøkelsen er at kommunene i liten grad har økt kapasiteten og

styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen. 2 av 3 kommuner har i begrenset grad styrket kompetansen blant de ansatte i sykehjem og hjemmetjeneste i form av videreutdanning. Helseforetakene har tilbudt kommunene en rekke ulike kompetansehevingstiltak. Få kommuner har til nå benyttet seg av tiltak som ambulerende team, praksiskonsulenter og hospitering på sykehus. Riksrevisjonen mener at det er en forutsetning at kommunenes kompetanse styrkes dersom mål om en mer bærekraftig helsetjeneste skal nås, særlig tatt i betraktning at kommunene nå behandler og følger opp sykere og mer krevende pasienter (Riksrevisjonen, Dok.3:5, 2015-2016:11-12).

Teori på feltet tyder på at det er forsket mye på planlegging og ledelse av kompetanse som er konsentrert om en enkelt virksomhet isolert. Et eksempel på dette er Nordhaugs forskning av kompetanseutvikling og kompetansestyring i statlige virksomheter. Som Holm-Petersen og Sandberg Buch viser til er det lite forskning på tverrsektoriell ledelse, og hvordan jobb på tvers av nivåer for å oppnå felles mål som påvirker helhetene i tjenestene på tvers av kommuner og sykehus (Holm-Petersen, Sandberg Buch, 2014:17).

Fordi om det foreligger en del informasjon om mangler og behov på nasjonalt nivå, har det vært for lite fokus på kompetanse relatert til tjenesteutvikling og pasientforløp lokalt i enkeltkommuner, for eksempel i Vestfold. Det er vanskelig å oppnå mål om gode tjenester og forløp for pasientene, hvis forutsetningen om riktig kompetanse mangler. For å sette fokus på kompetanse i kommunehelsetjenesten og på tvers av kommuner og sykehus lokalt i Vestfold, er det viktig å frembringe kunnskap som sier noe om hvordan status er i dag, hvilke utfordringer lederne har og hvilke forutsetninger som de mener mangler. Dette vil være kunnskap som er betydningsfull også for andre regioner i landet. Lokal kunnskap om hvordan kompetanseutvikling og kompetansedeling fungerer i dag er vanskeligere å skyve bort, og ikke ta ansvar for. Utvikling av kunnskap internt i virksomheter og på tvers av virksomheter, er helt avgjørende for kunne utvikle koordinerte tjenester. Studien vil kunne underbygge viktigheten av at beslutninger som tas av politikere og toppledere i større grad inkluderer kompetanseutvikling og kompetanseanskaffelse som forutsetning for å nå mål med endringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. Innenfor helse og omsorgssektoren i kommunene er fokus på kompetanse og utfordringer med å løfte det faglige nivået i takt med utvikling like relevant over alt.

Gjennom arbeidet som prosjektleder ved Sykehuset i Vestfold og denne studien har motivasjonen min vært å skape et engasjement blant ledere fordi ledelse av kompetanseutvikling er viktig, og fordi sykehuset og kommunene har et felles ansvar som må styrkes.

1.5. Masteroppgavens oppbygging

Ledernes rolle og forutsetninger for å planlegge og tilrettelegge for faglig utvikling er det primære fokuset for denne masteroppgaven. I dette kapitlet har jeg i tillegg til å gjøre rede for innfallsvinkelen til min forskning, beskrevet hva jeg ønsker svar på i studien, hvilke

forskningsspørsmål jeg har benyttet for å få frem relevante data og studiens plassering i forskningsfeltet. For å underbygge valg av masteremne og problemstilling ytterligere har jeg beskrevet utviklingen i kommunehelsetjenesten, hvordan oppgaver og ansvar er fordelt mellom sykehus og kommuner og hvilke krav det setter til kompetanse hos ledere og medarbeidere.

Videre i kapittel to vil jeg beskrive studiens design og metodiske valg. Kapittel tre inneholder teoretiske perspektiver som er valgt for å belyse empirien. Teorien er strukturert under overskriftene, kompetanse, kompetanseledelse og tverrsektorielt samarbeid. Empiri og analyse er plassert i tre kapitler. Kapittel fire omhandler kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling i sykehjem og hjemmetjenester. I kapittel fem analyseres data vedrørende kompetansedeling og samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. I kapittel seks er fokuset rettet mot om utvikling av tjenestene etter samhandlingsreformen er i tråd med rammer for å utvikle kompetanse. I kapittel sju drøfter jeg funn knyttet til det enkelte forskningsspørsmål og i et samfunnsmessig perspektiv, før jeg avslutningsvis i kapittel åtte konkluderer og gir noen anbefalinger for videre arbeid.

Jeg vil i det neste kapittelet gjøre rede for hvordan studien er gjennomført og begrunne valg av metode.

2. Forskningsdesign og metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive valg av metode, hvilke vurderinger som ligger til grunn og hvordan denne studien er gjennomført. Avslutningsvis vil jeg beskrive et kartleggingsarbeid som også benyttes som datagrunnlag i denne studien.

Helse- og omsorgstjenestene er organisert forskjellig fra kommune til kommune i Vestfold. Jeg har gjennomført intervjuer i to av kommunene, og har valgt en av de større bykommunene og en mindre landkommune. Forskjeller som kan skyldes kommunestruktur, infrastruktur og størrelse er variabler som kunne ha betydningen for funnene i studien. For å få et grunnlag for valg av undersøkelsesenheter(kommuner), hadde jeg noen innledende møter med personer med sentrale roller i samhandling og utvikling av helsetjenestene i Vestfold, og som kjenner forskningsfeltet godt. På bakgrunn av møtene med samhandlings-sjef ved Sykehuset i Vestfold, leder for Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold og rådgiver hos fylkesmannen valgte jeg ut to kommuner som kunne være relevant og sammenlikne.

Problemstillingen er gyldig for alle kommuner i Vestfold som alternative undersøkelsesenheter, noe Grønmo kaller studiets univers (Grønmo, 2004:83). Da de fleste kommuner har ulike struktur og forutsetninger, vil det ikke være mulig å generalisere funnene fra to enkelte kommuner til å gjelde alle kommuner i Vestfold, men det gir innsikt til utfordringene i de ulike kommunene. De to kommunene jeg har valgt som forskningsfelt er typiske, og som Jacobsen tilfører, vil resultatene av studien til en viss grad være representative og overførbare for tilsvarende områder i andre kommuner (Jacobsen, 2012:222-223).

2.1. Kvalitativ metode

Jeg har valgt å benytte kvalitativ metode der jeg kunne gå i dybden å få forståelse av ledelsens betydning for kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten. Gjennom intervjuer fikk jeg kunnskap om hvordan respondentene opplever og reflekterer over situasjonen i kommunene. Som Thagaard sier vil ikke kvantitativ metode som vektlegger utbredelse og tall kunne gi denne typen data, men påpeker at intervjuer av respondenter gir større nærhet til, og fordypning i de sosiale fenomenene og samspillet i en gruppe under diskusjonene. (Thagaard 2009:11-17). Gjennom å gå i dybden, vil jeg som Jacobsen sier, forsøke å få en så helhetlig forståelse som mulig av fenomenet (Jacobsen, 2012:90). Fenomenet som jeg vil undersøke i denne studien er kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling i sykehjem og hjemmetjenester.

Jeg har samlet inn kvalitative data ved fokusgruppeintervjuer og dybdeintervjuer, og under gruppeintervjuene benyttet jeg meg av lydopptak. Som Thagaard påpeker vil bruk av lydopptak bidra til å holde fullt fokus på intervjusituasjonen, til å kunne stille relevante spørsmål fortløpende og få god flyt i intervjuet (Thagaard, 2009:102). Thagaard sier videre at intervjuer er en av de meste brukte metodene innenfor kvalitativ forskning, og intervjuer er

godt egnet til å gi informasjon om personers opplevelser, synspunkter og selvforståelse. En av fellestrekkene for de fleste kvalitative studier, er at data som analyseres i hovedsak uttrykkes i form av tekst. Kvantitative studier omfatter gjerne store utvalg av respondenter, i motsetning til kvalitative studier som gir informasjon om få enheter (Thagaard 2009:13/18). I min studie har jeg gjennomført to fokusgruppeintervjuer med seks og fire personer, og fire individuelle intervju med andre enn de som deltok i fokusgruppene. Studien i seg selv har ikke gitt et fullstendig bilde av alle kommunene i Vestfold, men har gitt god innsikt i utvikling av kompetanse, utfordringer, samarbeid og lederes rolle i sykehjem og hjemmetjenester i de to utvalgte kommunene.

Kvalitativ metode er som Jacobsen påpeker, en åpen metode, der forsker legger få føringer på det respondentene kommer med (Jacobsen, 2012:127). Ved kvalitative undersøkelser er opplegget preget av fleksibilitet, der det kan gjøres endringer i løpet av datainnsamlingen og tilpasses nye erfaringer etter hvert som undersøkelsen pågår. Kvantitative undersøkelser er derimot sterkt preget av struktur. Som Grønmo sier, vil en kvalitativ tilnærming med fleksibelt design og nært og sensitiv forhold til kildene, gi gode muligheter for relevant tolkning av data. Faren kan være at endringer underveis gjør at en får forskjellig type informasjon om de ulike respondentene. Jeg har derfor valgt å ha en intervjuguide med forhåndsdefinerte spørsmål som utgangspunkt for intervjuene, men med mulighet for endringer og suppleringer underveis. For at respondentene ikke skulle bli ledet til å svare i en bestemt retning la jeg vekt på å ha åpne og nøytrale spørsmål, uten forhåndsdefinerte svaralternativer (Grønmo, 2004:130 og 174). Som Jacobsen påpeker gir ofte en kvalitativ tilnærming høy begrepsgyldighet, der man får frem det respondentene definerer som riktig forståelse av et fenomen eller en situasjon. Med nærhet til de som undersøkes, er det lettere å komme under huden på respondentene under samtalen (Jacobsen, 2012:129).

Ved kvalitativ metode starter analyseprosessen allerede under intervjuene. Videre kategoriseres data fra intervjuene etter hva som er av prosesser, begivenheter og atferd som er betydningsfulle for interessefeltet (Holter og Kalleberg, 2012:17). Etter å ha gjennomført gruppeintervjuene gjorde jeg noen korte feltnotater, basert på inntrykket jeg satt igjen med. Etter å ha transkribert lydopptakene fra gruppeintervjuene kodet jeg teksten og oppsummeringene fra de individuelle intervjuene med ulike farger basert på det som hørte hjemme under de enkelte forskningsspørsmålene. Videre tok jeg utgangspunkt i de områdene som hadde vært mest sentrale i dialogen med lederne og fagutviklingssykepleierne, søkte etter sentrale uttalelser fra respondentene og gjorde egne analyser av dette.

Data fra gruppeintervjuene og de individuelle intervjuene, og data fra et større kartleggingsarbeid som jeg har gjennomført i Sykehuset i Vestfold og alle tilhørende kommuner i Vestfold er benyttet som primærdata i denne studien. Primærdata er som Jacobsen hevder, data fra den primære kilden, informasjon fra mennesker og grupper (Jacobsen, 2012:137). Organisering og metode for kartleggingen i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold vil bli nærmere beskrevet senere i dette kapitlet.

Datakvalitet

Reliabilitet – pålitelighet

Om undersøkelse og datainnsamlingen gir pålitelige data er som Grønmo sier, avhengig av om man kan gjøre gjentatt undersøkelser av de samme fenomenene, og få samme resultat. Med en kvalitativ undersøkelse med fleksibelt design, vil det være vanskelig å gjenskape det samme datamaterialet. Reliabiliteten er derfor lav (Grønmo, 2004:220). I min studie baserer dataene seg på hva enkeltpersoner mener og sier. Hva respondentene svarte på spørsmålene og var mest opptatt av, styrte den videre dialogen. Dataene i denne studien har derfor lav reliabilitet.

Validitet – gyldighet

Datamaterialets gyldighet påvirkes av om dataene er relevante for å belyse problemstillingen. Validiteten er høyere jo bedre dataene svarer til forskerens intensjoner med undersøkelsen. Som Grønmo presiserer er utvalg av respondenter, fokuset og tema for intervjuene viktig for validiteten (Grønmo, 2004:221). Jeg valgt derfor selv å gjøre utvalg av respondenter innenfor aktuelle målgrupper uten at kommunene selv hadde pekt ut aktuelle respondenter på forhånd. Det var da mer sannsynlig at respondentene var representative for utvalgsgruppen. Intervjuguiden ble utarbeidet med spørsmål som var direkte relatert til forskningsspørsmålene. For å teste om spørsmålene kunne besvare intensjonene med studien, fikk jeg en medstudent som er ledere i kommunehelsetjenesten i en annen kommune til å gjennomgå intervjuguiden og gi meg tilbakemelding. Jeg anser altså dataene fra studien som valide.

2.2. Utvalg av undersøkelsesenheter og respondenter

Undersøkelsesenheterne er to utvalgte kommuner, med ulike størrelse og struktur. Det gir et bredere datagrunnlag, der nettopp forskjellen i seg selv kan være avgjørende for å kunne mene noe om hva det betyr for lederes forutsetninger til å utvikle og heve ansattes kompetanse. En studie som omfatter mange undersøkelsesenheter ville som Jacobsen påpeker bli krevende, ta langt tid å samle inn data, og ende opp med mye informasjon som krever enormt mye analysearbeid (Jacobsen, 2012:88). Jeg har altså valgt to kommuner fremfor alle kommunene i Vestfold, som er innenfor denne masteroppgavens rammer for hva som tidsmessig er mulig.

Informasjon og forespørsel om å gjennomføre studien i de to utvalgte kommunene ble sendt til kommunalsjefer for helse- og omsorgstjenestene på e-post. Begge kommunalsjefene bekreftet at jeg kunne gjennomføre studien i virksomheter for sykehjem og hjemme-tjenester i deres kommuner. Den minste kommunen jeg har valgt å undersøke har om lag 9000 innbyggere, med en felles kommunalsjef for helse, velferd og tekniske tjenester. Kommunen har en virksomhet med institusjons- og omsorgsplasser som er lokalisert på et sted, der hjemmetjenesten også har sin base i direkte tilknytning til institusjonen. Helsetjenestene er med dette samlet, noe som gjør forholdene for samarbeid og

kommunikasjon noe enklere, enn der kommunene har avdelinger og virksomheter geografisk spredt. Reiseavstandene for brukere og helsepersonell er generelt større i den minste kommunen, noe som påvirker hvordan helsepersonellressursene kan disponeres. Den andre kommunen er en by- og kystkommune med nærmere 25 000 innbyggere, med egen kommunalsjef for helse og velferd. Hjemmetjenesten har i denne kommunen fem avdelinger med en geografisk tjenesteinndeling. Sykehjemstjenesten har fire sykehjem som tilbyr korttidsopphold, avlastning, rehabilitering, langtidsopphold og lindrende behandling. I denne kommunen er noen av tjenestene inndelt etter geografi, og andre etter funksjonsområde. Den geografiske inndelingen skaper nærhet og bedre tilgjengelighet mellom ytere av helse- og omsorgstjenester og brukere, i motsetning til de spesialiserte funksjonene som er mer avgrenset til kategorier av brukere eller mål med helse- og omsorgstjenestene, for eksempel dagavdeling for demens, som finnes et sted i kommunen.

Tjenestene jeg har rettet fokuset mot er *sykehjem* og *hjemmetjenester* i de to kommunene. Dette er de største helsetjenesteområdene i kommunene, og som har størst innvirkning på samhandlingen med sykehuset. I tillegg til fastleger, er det ledere og helsepersonell i disse helse- og omsorgstjenestene som sammen med spesialisthelse-tjenesten kan utvikle et bedre og helhetlig tilbud for eldre og syke. Ledelse og kompetanse-utvikling ved sykehjem og i hjemmetjenesten er derfor områdene jeg har samlet inn data om.

Jeg har gjort det Grønmo definerer som et strategisk utvalg av respondentgrupper, og som ut i fra et teoretisk og analytisk formål er mest relevante og interessante (Grønmo, 2004:89). Til gruppeintervjuene valgte jeg derfor avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere i sykehjem og hjemmetjeneste, for å få frem hvilken rolle leder og ansatte med spesifikke ansvar tar i utviklingen på området som er gjenstand for denne studien. Fagutviklingssykepleiere er gjerne sykepleiere med høy kompetanse og faglig integritet. De kan være initiativtakere på mange områder, og en viktig støttespiller for ledere i utvikling av helse- og omsorgstjenestene og den faglige oppfølgingen av de ansatte. I tillegg til fagutviklingssykepleiere var det viktig å innhente data direkte fra avdelingsledere som har det daglig ansvaret, med mange oppgaver og ulike forutsetninger og interessefelt. Vekting av tid til ren administrasjon, ledelse og utvikling vil kunne være forskjellig fra leder til leder.

Når gruppene var sammensatt av deltakere fra to områder i helse- og omsorgstjenesten fikk jeg innsikt i om fokuset og forutsetningene var ulike i sykehjem og hjemmetjenester, og hvordan samarbeid og utveksling av kompetanse og helsepersonellpersonell var utviklet og satt i system mellom disse to virksomhetene. For å få innblikk i overordnede kompetanseplaner og strategi, og om lederes syn på situasjonen fra et høyere nivå i organisasjonen stemmer overens med det som preger helse- og omsorgstjenestene og kompetanseutviklingstiltakene i virksomhetene, intervjuet jeg i tillegg to virksomhetsledere og to kommunalsjefer i de respektive kommunene.

Ledere og organisasjonsnivåene i de ulike kommunene har ulike betegnelser. I studien i de to kommunene har jeg derfor valgt å betegne øverste leder for helse- og omsorgstjenestene som *kommunalsjef*. Mellomleder og leder for den enkelte virksomhet, som i studien vil være leder for alle hjemmetjenester eller sykehjemstjenester, betegnes som *virksomhetsleder*. Leder på laveste nivå for den enkelte avdeling på sykehjem eller i hjemmetjeneste betegnes som *avdelingsleder*. Ressurspersoner som jobber med opplæring og fagutvikling betegnes i studien som *fagutviklingssykepleiere*.

Jeg gjennomførte to gruppeintervjuer, en gruppe i hver kommune. Til gruppeintervjuene ønsket jeg primært seks respondenter i hver gruppe, og utvelgelsen av avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere ønsket jeg å plukke ut tilfeldig fra en liste over de lederne og fagutviklingssykepleierne som jobbet i virksomhetene. Hvis organisasjonen selv plukker ut respondenter, vil utvalget kunne bli basert på de som er særlig motivert og skaper best resultater på området. Det vil kunne skape et feil virkelighetsbilde, og data med lav gyldighet. Det viste seg at det var vanskelig å få seks som kunne møte til intervjuene i hver kommune, og jeg supplerte med nye invitasjoner fortløpende når det var noen som ikke kunne delta. Avslutningsvis måtte jeg gjøre henvendelser og oppfølging på telefon, for å få rask avklaring på den endelige deltakelsen. I den ene kommunene endte det med kun fire deltakere i gruppeintervjuet, og en av deltakerne var rådgiver i virksomhetene. For at utsagn fra rådgiver ikke skal identifiseres, vil utsagnene fremkomme som lederutsagn i studien. Jacobsen antyder at en optimal gruppestørrelse, litt avhengig av type medlemmer, ligger en plass mellom fem og åtte deltakere (Jacobsen, 2012:156). Derfor ville den opprinnelige planen om seks deltakere i hvert gruppeintervju vært optimalt i denne studien.

Til de individuelle intervjuene var kommunalsjefene og den ene virksomhetslederen utpekt i kraft av at de er alene om disse lederposisjonene i de aktuelle kommunene. Av de to virksomhetslederne i den siste kommunen ble utvalget tatt på bakgrunn av at jeg kjenner en av virksomhetslederne privat, og derfor valgte å intervju den andre virksomhetslederen. Utvalget av respondenter er altså foretatt basert på ulike kriterier, noe som Jacobsen betegner som en *kombinasjon* av ulike utvalgsmetoder (Jacobsen, 2012:173-175). Jeg har foretatt utvalget av avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere basert på at de i kraft av rollene er nærmeste fenomenet jeg undersøker, som er kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling. Utvalget av kommunalsjefer og virksomhetsledere er basert på at de ut i fra sin posisjon både har en egen rolle i fenomenet, og har verdifull informasjon hvordan avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere planlegger og utvikler kompetanse.

Jacobsen beskriver respondenter som personer som har direkte kjennskap til fenomenet, og er representanter for den gruppen vi ønsker å undersøke. Videre betegner Jacobsen informanter som ikke selv representerer gruppen vi vil undersøke, men har god kunnskap om gruppen eller fenomenet (Jacobsen, 2012:171). For å betegne utvalget på en entydig måte benytter jeg derfor respondenter som begrep for både avdelingsledere, fagutviklingssykepleiere, kommunalsjefer og virksomhetsledere.

Antall intervjuer som ble gjennomført i studien og hvilke respondentgrupper jeg valgte å prioritere er basert på den tidsrammen jeg har hatt til rådighet innenfor dette master-gradsarbeidet. Jeg vil ikke komme til et teoretisk metningspunkt i denne studien. Flere respondenter eller undersøkelsesenheter ville kunne gi ytterligere data som vil være relevant og kan gi ennå bedre helhetsforståelse.

Gruppeintervjuer

Jeg har gjennomført to fokusgruppeintervju med seks personer i den ene kommunen og fire i den andre. Holter og Kalleberg beskriver at gruppeintervjuer går ut på at flere mennesker diskuterer et tema med en forsker som leder og styrer ordet under intervjuet. Tema må være godt kjent og relevant for alle deltakerne, og tema må ikke være av for privat karakter for å kunne benytte gruppeintervjuer. Hvis en ønsker å utdype og belyse gjennom spørsmål som hva- og hvorfor i stedet for å generalisere, kan gruppeintervjuer vær godt egnet (Holter og Kalleberg, 2012:146). Tema i studien i de to kommunene er relevant og godt kjent for avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere som er delegert et særskilt ansvar for kompetanseutviklingstiltak. Deltakerne i gruppene vil ha kjennskap til hverandre, og i større eller mindre grad samarbeide på tvers av sykehjem og hjemmetjenestene i den enkelte kommune til daglig.

I følge Jacobsen egner gruppeintervjuer jeg godt når man ønsker synspunkter på erfaringer, om gruppen har felles synspunkter eller ulike oppfatninger av de temaene som diskuteres (Jacobsen, 2012:154-155). Deltakerne involveres i en felles utforskningsprosess, som Holter og Kalleberg fremhever kan ha en mobiliserende og bevisstgjørende effekt på dem. Dette kan bidra til endring og utvikling ved at gruppen indentifiserer utfordringer, og får nye ideer (Holter og Kalleberg, 2012:155). Under gruppeintervjuene i de to kommunene vil ulikheter i tilnærming til tema, og diskusjoner som berører samarbeid på tvers innenfor kommunene være med på å bevisstgjøre og mobilisere deltakerne til om mulig se nye potensialer på utviklingsområdet kompetanse. Som Holter og Kalleberg understreker, skapes data i gruppeintervjuene i samhandling og interaksjon mellom deltakerne der gruppedynamikken gir en synergieffekt. Det er å forvente at spørsmålene utløser samhandling som stimulerer til nye ideer og tanker. Gruppedeltakerne kan også hjelpe hverandre med å huske erfaringer og hendelser, og sette dem i perspektiv. Hensikten med gruppeintervjuene er ikke å skape enighet, men å få mest mulig informasjon om temaet som diskuteres. Ved fokusgrupper er diskusjonen i gruppen fokusert på et avgrenset tema. Dette er nyttig for at datamengden ikke skal bli for stor og vanskelig å analysere (Holter og Kalleberg, 2012:147 og 155).

Jeg benyttet en intervjuguide i gruppeintervjuene for å få informasjon på de punkter som er vesentlig for min studie i de to kommunene, ut over dette var det åpent for diskusjoner og informasjon på siden av spørsmålene i intervjuguiden. Under intervjuet i gruppen var deltakerne meget engasjert i tema, og synes det var viktig og nyttig og diskutere på tvers av avdelinger og virksomheter internt i kommunene. Det kom frem både ulike synspunkter og enigheter i løpet av diskusjonene, og flere ideer som de gjerne ville jobbe videre med i

sykehjem og hjemmetjenester i kommunen. Noen i gruppene var mer aktive i diskusjonene enn andre, men jeg rettet bevisst enkelte spørsmål til de som var minst aktive for å dra de med i diskusjonene. Uttalelser og beskrivelser av situasjoner ble i flere tilfeller bekreftet av flere i gruppen. Tilbakemeldingen var at tema kompetanse og utfordringer i planlegging og gjennomføring av kompetanseutviklingstiltak i liten grad har vært diskutert på tvers av avdelinger og virksomheter i sykehjem og hjemmetjenester tidligere, og at ledere og fagutviklingssykepleiere synes diskusjonene var nyttige.

Individuelle intervjuer

Etter gjennomføringen av gruppeintervjuene i de to kommunene, gjennomførte jeg de individuelle intervjuene av virksomhetsledere og kommunalsjefer. Fokus for disse intervjuene var planer og strategier for kompetanse i sykehjem og hjemmetjenester, om de hadde kjennskap til hvilke kompetanseutviklingstiltak som er iverksatt, og hva det er behov å fokusere mere på i tiden fremover. Individuelle intervju egner seg som Jacobsen sier, når man er interessert i hva det enkelte individ sier, der man får frem respondentens egne holdninger og oppfatninger (Jacobsen, 2012:142).

I de individuelle intervjuene benyttet jeg meg av det Thagaard definerer som delvis strukturert tilnærming, der temaene var fastlagt på forhånd og spørsmålene ble tilpasset slik at jeg kunne følge respondentenes fortelling og allikevel sørge for å få informasjon om de temaene som er fastlagt. Det ble lagt vekt på at spørsmålene skulle være åpne, slik at spørsmålene inviterte respondentene til å reflektere over tema, og gi fylldige svar. Erfaringen fra sektoren ble benyttet for å stille utfyllende og oppfølgende spørsmål, og for å få mer presis informasjon om hva respondenten faktisk mener (Thagaard, 2009:26 og 89). Spørsmålene under de individuelle intervjuene av virksomhetsledere og kommunalsjefer beveget seg mellom fortid, nåtid og hva som planlegges i kommunehelsetjenesten fremover.

Jeg valgte å gjennomføre intervjuene på respondentenes kontorer. Som Jacobsen påpeker er det lettere å oppnå personlig kontakt i ansikt-til-ansikt-intervjuer, og det skapes lettere et klima for fortrolighet enn ved andre intervjuformer som telefonintervju eller nettsamtaler. Bruk av pre-strukturerte notater under intervjuet, er som Jacobsen sier, en måte å forhåndsbestemme hvilke elementer en skal konsentrere seg spesielt om, og notere. Videre supplerer Jacobsen at intervjuet ikke bør være så strukturert at det består av en forhåndsbestemt rekkefølge med spørsmål og svaralternativer (Jacobsen, 2012:143-145). Under de individuelle intervjuene i de to kommunene benyttet jeg også en intervjuguide som holdepunkt i samtalen. Under samtalen noterte jeg skriftlig hva respondentene sa fortløpende uten noen form for pre-strukturering, men intervjuguiden bidro allikevel til at det viktigst ble satt i fokus.

Bruk av sekundærdata

Jeg har også benyttet meg av sekundærdata, som annen forskning, og statlige rapporter og evalueringer. Sekundærdataene har vært relevante for å se dataene som har fremkommet i studie i de to kommunene i Vestfold i sammenheng med de funn som fremkommer i andre

undersøkelser. Som Jacobsen påpeker kan ulike data støtte opp om hverandre, og styrke eller komme med kontraster til de resultatene vi har kommet fram til (Jacobsen, 2012:137). Jeg har brukt Stortingsmeldinger og statlige planer, og forskning og evalueringer som er gjennomført av forskningsrådet, riksrevisjoner og helsedirektoratet og utført innenfor helsesektoren. Jeg har også benyttet forskning på helsepersonells kompetanse i kommunale helsetjenester, av Førsteamanuensis Pia C. Bing-Jonsson.

2.3. Bruk av begrepene kompetanseutvikling versus utdanning

I denne masteroppgaven benytter jeg begrepene kompetanseutvikling, opplæring, undervisning, helsefaglige utdanninger og videreutdanninger.

Kompetanseutvikling benyttes som et generelt begrep på utvikling av all form for kompetanse for helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Opplæring* benyttes som begrep for introduksjon av nyansatt i sykehjem og hjemmetjenester, og for opplæring av helsepersonell i spesifikke prosedyrer og metoder. *Undervisning* er en læringsform som gjennomføres en-til-flere i spesifikke temaer internt på avdelingene i sykehjem og hjemmetjenester, eller i regi av Sykehuset i Vestfold eller andre aktører. *Helsefaglige utdanninger* betegnes som grunnutdanninger for helsefagarbeidere og sykepleiere. *Videreutdanninger* benyttes som betegnelse for formelle helsefaglige utdanninger som suppleres i tillegg til de helsefaglige grunnutdanningene. I motsetning til grunnutdanningene er gjerne videreutdanningene mer spisset og avansert på et smalere fagfelt.

2.4. Etiske retningslinjer – konfidensialitet

Respondentene ble informert om hensikten og fenomenet jeg ønsket å studere, og har gitt sitt samtykke uten noen form for ytre press. Respondentene hadde til enhver tid rett til å avbryte deltakelsen uten at det ville få noen konsekvenser. Som Thagaard påpeker kan informasjon begrense og påvirke svarene, ved at respondentene får tid til å forberede seg og være i dialog med andre kolleger, ledere og fokusgruppedeltakere på forhånd. Samtykke til presentasjon av resultater, vil måtte vurderes opp imot at miljøene og respondenter kan identifiseres (Thagaard, 2009:26). For at respondentene ikke skulle forberede seg og samarbeid på forhånd, fikk de kun en kort informasjon. Respondentene fikk ikke oversendt spørsmålsguiden på forhånd.

Thagaard understreker at respondentenes identifikasjon skal holdes skjult, og navn anonymiseres. Informasjon som fremkommer i intervjuene skal presenteres slik respondenten fremstår, og ikke presenteres på en slik måte at det på noen måte skader enkeltpersoner (Thagaard, 2009:27). Det fremkommer ikke navn på respondenter, kommuner eller virksomheter i studien i de to kommunene som er identifiserbare. Titler og særlig identifiserbare utsagn er skrevet om for å beskytte konfidensialiteten til den enkelte,

og behandling av personopplysninger i studien er meldt og godkjent av personvernombudet for forskning (NSD).

Respondentene vil kunne være opptatt av hva de gir av informasjon i forhold hva de kan forventes seg å få igjen for å være med på studien. I mitt arbeid som prosjektleder ved Sykehuset i Vestfold, vil jeg med bedre innsikt i hvordan kompetanse planlegges og utvikles i sykehjem og hjemmetjenester kunne spre den kunnskapen internt i Sykehuset i Vestfold og rette innsatsen mot viktig områder som respondentene i studien i de to kommunene påpeker.

2.5. Meg selv som forsker

Min bakgrunn som sykepleier og leder i sykehus bidrar til at jeg har innsikt i helsesektorens utvikling og sykepleieres grunnkompetanse. Det har derfor vært lettere å stille utfyllende spørsmål under intervjuene. Jeg har brukt meg selv som middel til å få informasjon, men som Thagaard påpeker er balanse i nærhet og sensitivitet da viktig. Relasjonen som ble etablert mellom meg og intervjuobjektene er avgjørende for kvaliteten på datamaterialet (Thagaard 2009:12/14).

Rollen jeg har ved Sykehuset i Vestfold kunne bidra til at respondentene svarte ut i fra hvilken oppfatning de trodde jeg hadde innenfor temaene, og hvilket bilde de da ønsket å gi av seg selv. Jeg var derfor særlig bevisst på hvordan spørsmålene ble stilt og hvordan informasjonen ble gitt. Det har vært viktig å være ydmyk for at jeg ikke kjenner de kommunale helse- og omsorgstjenestene så godt, og at sykehuset også har svakheter og ansvar som ikke er godt nok ivaretatt. Som Thagaard påpeker, er det viktig å møte respondentene med åpent sinn, og ikke la egne verdier prege intervjusituasjonen eller at respondenten påvirkes til å svare ut i fra forskers synspunkter (Thagaard, 2009:105). Jeg ønsket i intervjuene å gi et inntrykk av at jeg forstår utfordringene lederne og fagutviklingssykepleierne i kommunene kan stå i, og at vi i Sykehuset i Vestfold trenger informasjon om hvordan situasjonen faktisk er for å kunne samarbeide om å bli bedre. Det var viktig at jeg fikk respondentene til ikke å føle seg underordnet i intervjusituasjonen, og at jeg respekterte respondentenes grenser og ønsket grad av åpenhet, som understøttes av det Thagaard sier (Thagaard, 2009:110). Ut over dette har jeg ingen direkte kjennskap til respondentene i det daglige arbeid eller privatliv. Jacobsen nevner videre at mange har påpekt at forskere alltid vil påvirke det de forsker på, og at forskerens personlige verdier vil prege undersøkelsen. Forskningen kan derfor ikke bli helt nøytral (Jacobsen, 2012:30-31). Jeg kan altså ikke med sikkerhet bedømme hvordan jeg selv kan ha påvirket svarene i studien i de to kommunene.

Som empiriske data har jeg i tillegg til intervjuene i de to kommunene benyttet meg av datamateriale fra et kartleggingsprosjekt som jeg har ledet fra august 2016 til februar 2017.

Intervjuer av respondentene i studien i de to kommunene ble gjennomført i forkant av kartleggingsarbeidet. Dette var vesentlig for å kunne skille rollene som mastergradsstudent og prosjektleder fra hverandre i møtet med ledere i de to kommunene som både var forskningsfelt for studien og inngikk i kartleggingen av alle kommunene i Vestfold.

For å skille datamaterialet fra disse to undersøkelsene fra hverandre i masteroppgaven, har jeg valgt å omtale undersøkelsen i de to kommunene for – *studien*, og kartleggingsarbeidet i alle kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold for – *kartleggingen*. Bakgrunn for kartleggingsprosjektet, målet med arbeidet og hvordan kartleggingen ble organisert og gjennomført beskrives nærmere under neste punkt.

2.6. Kartlegging av kompetansedeling og kompetansesamarbeid

Prallelt med masterstudien har jeg som prosjektleder tatt initiativ til, og ledet en kartlegging av kompetansedeling og kompetansesamarbeid mellom alle kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold sammen med en representant fra Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold. Kartlegging i *alle* kommuner i Vestfold vil i denne sammenhengen defineres som de kommuner som sogner til Sykehuset i Vestfold, det vil altså si alle Vestfold kommuner med unntak av Sande og Svelvik.

Kartleggingsarbeidet ble gjort på bakgrunn av manglende oversikt over hva som foregikk på kompetanseområdet i regi av den enkelte kommune i Vestfold, Sykehuset i Vestfold og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold. Inntrykket var at partene i liten grad har samarbeidet systematisk om hvilke kompetansetiltak som skal gjennomføres for hvilke helsepersonellgrupper, og i hvilken form. Det var en opplevelse av at det var store variasjoner på hva den enkelte kommune har implementert av grunnleggende kompetansetiltak, og som derfor preger hva helse- og omsorgstjenestene i kommunene kan håndtere av prosedyrer og viderebehandling etter utskrivelse fra Sykehuset i Vestfold. Dette er med på å skape uklare forventninger og påvirker samhandlingen mellom sykehuset og kommunene, og får negative effekter på pasientforløpene.

For å avdekke behovet for videreutvikling og systematisering av kompetansedelingstiltak, var det derfor behov for en kartlegging av hva som foregår på dette området i dag både i Sykehuset i Vestfold og i kommunene i Vestfold. Lederforum for kommunalsjefer for helse- og omsorgstjenestene i Vestfold og sykehusets ledelse gav sin tilslutning til denne kartleggingen.

Målet med kartleggingen

- Få oversikt over hvilke kompetansetiltak som er implementert for ulike yrkesgrupper i den enkelte kommunen og på tvers, og hva det er behov for å styrke.
- Få et datagrunnlag for videre prioritering og koordinering av kompetansetiltak .
- Få større forståelse og avstemte forventninger mellom partene.
- Øke bevisstheten om et gjensidig ansvar for kompetansedeling.

- Bedre samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenestene i kommunene og sykehuset.
- Få oversikt over tiltak for opplæring og kompetansedeling mellom Sykehuset i Vestfold, kommunene i Vestfold og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester.

Organisering og gjennomføring

Dataene fra kartleggingen er basert på møter med ledere for alle typer virksomheter i helse- og omsorgssektoren i alle kommuner i Vestfold og møter med ledere på seksjons- og avdelingsnivå i Sykehuset i Vestfold, eksisterende møtearenaer har i stor grad vært benyttet. I tillegg har lederne besvart egne kartleggings skjemaer med detaljer fra hver enhet. Det er til sammen gjennomført 72 kartleggingsmøter, 42 møter i kommunene og 30 møter i sykehuset. Kartleggingsmøtene har vært preget av stort engasjement og åpenhet. Møtene i kommunene og i Sykehuset i Vestfold har på begge sider bidratt til erkjennelser i gruppene på at det er lite av kompetansedelingen som er satt i system, og at det er behov for bedre systemer både internt i den enkelte kommune og avdeling, og på tvers.

Arbeidet har vært ledet og gjennomført av meg som prosjektledere og en representant fra Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, og som leder av prosjektet har jeg hatt ansvar for å skrive og presentere rapporten som oppsummerer resultatene og fremhever anbefalinger for videre tiltak. Kartleggingsmøter, datainnsamling fra kartleggings skjemaer og to studiebesøk er gjennomført i perioden fra oktober 2016 til februar 2017.

Fokusområder i kartleggingen

Kartleggingen i Sykehuset i Vestfold er basert på hvilke kurs og kompetansetiltak seksjonene tilbyr til helsepersonell i kommunene, hvilke nettverk de deltar i, om det foregår hospitering i eller fra kommunene, om samhandlingsrutiner og avtale er kjent for ansatte, og hva de mener ansatte i sykehuset har behov for å styrke av kompetanse som kommunehelse-tjenesten innehar.

Kartleggingen i kommunene er basert på hvilke kompetansetiltak som er satt i system for ulike yrkesgrupper i virksomhetene, opplæring i samhandlingsrutiner og prosedyrer, nettverk og hospitering, hva de har behov for å sette bedre i system og hva helsepersonell i Sykehuset i Vestfold har å lære av kommunene. I møtene i kommunene ble også samarbeidet mellom Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold, og samarbeidet med Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester belyst. Innsikt i organisering av helsetjenester og behov for kompetanse på tvers av kommuner og sykehus er en viktig faktor for god samhandling, derfor relevant for det helhetlige kartleggingsarbeidet.

På bakgrunn av at Sykehus Sørlandet og Sykehuset i Østfold med tilhørende kommuner har hatt prosjekter om kompetansedeling og har gjort tilsvarende kartlegginger, ble det i løpet av kartleggingsarbeidet arrangert studiebesøk for å få presentert erfaringer fra disse prosjektene. I tillegg har det vært innhentet erfaringer fra Akershus universitetssykehus i

forbindelse med nettportalen «Kompetansebroen», som ble lansert i januar 2017. Nærmere beskrivelse av kartleggingsprosjektet og resultatene er beskrevet i Vedlegg 6.

Jeg har i dette kapitlet gjort rede for valg av metode og design på studien som er gjennomført i to de kommunene i Vestfold, og arbeidet med kartleggingen i alle kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold. I det neste kapitlet vil jeg gå nærmere inn på teorien som jeg har valgt å benytte for å forklare og belyse empiri og analyse i min studie.

3. Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet vil jeg presentere ulike teorier innenfor ledelse og utvikling av kompetanse som er relevant for kompetanseutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. Jeg har valgt å dele kapitlet i tre deler, der jeg innledningsvis presenterer kompetansebegrepet, kompetansekartlegging og behovsanalyse, kompetansetiltak og kultur for læring og kompetanseutvikling. Videre presenteres teori som er relevant for ledelse av kompetanse i et landskap med nye krav og endringer. Til slutt vil jeg belyse hva teorien sier om tverrsektorielt samarbeid og tverrsektoriell ledelse relatert til utvikling av kompetanse.

3.1. Kompetanse

Kommunene har i dag fått et større ansvar for velferdstjenestene til befolkningen, noe som stiller økt krav til kompetanse og utvikling av fagmiljøer. *Kompetanse* defineres i meldingen, Kompetanseløftet 2020, som helheten av kunnskaper, ferdigheter og evner som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner og utføre de tilhørende oppgavene i tråd med definerte krav og mål (Kompetanseløftet 2020).

Kunnskap og kompetanse er begreper som ofte brukes om hverandre, fordi om kunnskap bare er en av komponentene i kompetanse (Lai, 2013:20). Videre sier Nordhaug at kunnskap i denne sammenhengen forstås som ulike former for informasjon som er organisert hos individet, ferdigheter er hvordan individet handler og utfører bestemte oppgaver, og evner er den medfødte kapasitet til å utvikle ferdigheter og kunnskap. Utøvelse av ferdigheter forutsetter som oftest at bestemte kunnskaper og evner er til stede på forhånd. Motivasjon og holdninger er faktorer som kan innvirke på anvendelsen og utnyttelsen av kompetanse, og omdannelse av kompetanse til arbeid (Nordhaug, 2004:28-29). Behovet for kompetanseutvikling kan derfor i virksomheter i helse og omsorgssektoren handle både om utvikling av kunnskap og teoretisk forankring, og utvikling av ferdigheter i spesifikke metoder og situasjoner. All utvikling av kompetanse har med læring å gjøre, Nordhaug definerer læring som:

“prosesser som fører til endringer i en eller flere av dimensjonene kunnskap, ferdigheter, kognitiv evne, holdninger og andre personlighetsrelaterte faktorer”
(Nordhaug, 2004:41).

Kompetanse er ikke alltid bevisst og eksplisitt, en stor andel av medarbeideres kompetanse er taus, og vanskelig å sette ord på. Lai understreker at kunnskap kan utvikles ubevisst uten at man reflekterer over det, og brukes ofte helt automatisk. Taus kunnskap deles først og fremst gjennom å jobbe tett sammen, observere, prøve og feile og få tilbakemeldinger fra den som har kompetansen (Lai, 2013:47-48). For sykepleiere og helsefagarbeidere foregår mye av læringen gjennom praksis, og ved at man lærer av hverandre. Erfaringene utvikles som taus kunnskap, som er ubevisst, men som er avgjørende for handlingsmønster og vurderinger i de enkelte situasjoner.

Gjennom teamorganisering kan man dyrke frem felleskompetanser som går ut over summen av enkeltpersoners kunnskap og ferdigheter, der kompetanseprofilene til den enkelte overlapper og komplementerer hverandre. Organisasjonens totalkompetanse er en annen form for kollektiv kompetanse, som sammen med andre ressurser betegner hva organisasjonen er i stand til å gjøre. Andre ressurser kan være kompetanseankaffelse gjennom eksternt samarbeid. Kompetansebasen i en organisasjon består av ansattes individuelle kompetanse og felleskompetanse (Nordhaug, 2004:28-31). Gjennom å kjenne til den enkelte medarbeiders kompetanse, og benytte kompetanse på tvers i organisasjonen, vil man totalt sett være i stand til å løse flere og mer komplekse oppgaver.

Profesjonell kompetanse består av kvalifikasjoner som er nødvendig og hensiktsmessig i utøvelsen av yrke. Man kan skille mellom formell kompetanse og realkompetanse, og mellom individuell kompetanse og organisasjoner eller fagmiljøers kompetanse. I tillegg til dette vil den personlige kompetansen som utvikles gjennom livet og det sosiale samspill innvirke på og benyttes i den profesjonelle yrkesutøvelsen (Skau, 2011:58).

“Det å være kompetent kan bety to ting:

- a) at noen i kraft av sin stilling har rett, eller myndighet, til å gjøre noe
- b) at noen har de nødvendige kvalifikasjoner til å fylle en stilling, ivareta bestemte oppgaver eller uttale seg om et spørsmål” (Skau, G.M. 2011:57).

I hjemmetjenester og sykehjem er roller og oppgaver i stor grad fordelt i forhold til profesjoner, der sykepleiere har et større faglig ansvar enn helsefagarbeidere. Profesjonenes kompetanse preger arbeidsdeling, men som utvikles i takt med krav til spesialisering og tilgang på kompetent arbeidskraft. Som Lai sier, er kompetanse ofte den mest avgjørende ressurs for å sikre positive resultater, konkurranseevne og overlevelse for en organisasjon over tid (Lai, 2013:21).

Kompetansekartlegging og behovsanalyse

Formålet med kompetansekartlegging og behovsanalyse, er å identifisere hva organisasjonen trenger for å nå sine mål. Lai påpeker at det kan være behov for å anskaffe, utvikle, mobilisere og avvikle kompetanse for å dekke de krav som er definert. For å komme frem til behovene benyttes ofte en form for gapanalyse eller avviksanalyse der kartleggingen forankres i kompetansekravene. Analysen bør ta utgangspunkt i organisasjonens overordnede mål. Analysen gir grunnlag for utforming av en helhetlig kompetansestrategi og tiltak (Lai, 2013:15-16). Behovene som danner grunnlaget for kompetanseutviklingen er ofte knyttet til dagens oppgaver, men i økende grad er behovene også knyttet til fremtidige oppgaver og endringer. Som Dalin understreker er det når oppgaver, organisasjonsformer og arbeidsformer, normer for samhandling, den enkeltes opplevelse av arbeidet og relasjoner forandres ofte at behovene for kompetanse også endres (Dalin, 1999:148). Videre påpeker Dalin at det da legges mer vekt på ny kompetanse og at man i større grad må bruke andres kompetanse. Kompetanseutvikling for organisasjonen som helhet kan beskrives som utvikling av organisasjonens evne til å ta i bruk medarbeidernes samlede kompetanse for å nå målene (Dalin, 1999:27-28). Det har derfor vært interessant, gjennom studien i de to

kommunene, å få innblikk i hvordan kompetanse som utvikles gjennom kurs og utdanninger benyttes i virksomheter for sykehjem og hjemmetjenester for å oppnå mål og utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

Det er ikke noe enkelt øvelse å anslå behovene eller få oversikt over eksisterende kompetanse i organisasjonen. Som Nordhaug forklarer er kompetansekartlegging noe som har kommet inn i ledelsesfaget de seinere årene, nærmest som en motebølge med oppmerksomhet rettet mot organisasjoners kompetansebase og behov for å kartlegge medarbeideres realkompetanse. Mange konsulentfirmaer har spesialisert seg på å levere løsninger og systemer for kompetansekartlegging og kompetanseanalyse. Noen kartleggingsformer går ut på å identifisere den mest kritiske kompetansen, der det ofte defineres noen kjernekompetanser. Andre varianter går ut på å kartlegge nær sagt alt som finnes av kompetanse, der hensikten med dette er vanskelig å se klart. Slik omfattende kartlegging er vanskelig å følge opp, og tar mye tid og ressurser (Nordhaug, 2004:208-209).

Medarbeidersamtalen er et virkemiddel for kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging som i noen virksomheter er godt implementert, og hos andre blir introdusert men ikke fulgt opp videre. Sentralt i medarbeidersamtaler står medarbeidernes behov for utvikling, og i hvilken grad det kan imøtekommes. Det må ses i forhold til virksomhetens utviklingsplaner (Dalin, 1999:187-190). Som Garmannslund nevner, kan leder og medarbeider i medarbeidersamtalen samtale om mål, resultater, arbeidsmetoder, kompetanseutvikling og lønn. Tilbakemelding og evaluering er også en sentral del av samtalen. På denne måten er medarbeidersamtalen et nyttig lederverktøy i kvalitetsarbeidet (Garmannslund, 2000:127-128). Medarbeidersamtale har vært brukt og utviklet på ulike måter i helsesektoren. Om medarbeidersamtaler benyttes for å kartlegge og planlegge kompetanseutviklingen eller om andre verktøy benyttes vil gi svar på hvorvidt avdelingsledere i studien i de to kommunene har fokus på kompetansebehovene når det legges planer for kompetanseutviklingstiltak.

Når virksomheter organiserer kartleggingsarbeid som selvstendige prosjekter, er det ofte fordi arbeidet ikke lar seg integrere. Dalin påpeker at det gjerne er liten interesse for å ta ansvar, linjelederne føler seg usikre og har liten kapasitet til arbeidet eller kartleggingsform og metode er ukjent. Alternativet er å integrere kompetanseoppdraget i grupper som jobber med kvalitetsforbedring og utviklingsarbeid, og gi metodisk veiledning etter behov (Dalin, 1999:215). Om det er troen på verktøyet eller lederes kompetanse eller kapasitet som avgjør hvorvidt kartlegging gjennomføres, er interessant å belyse i studien i de to kommunene. Videre sier Dalin at det viktig å se på hvordan kompetansetiltak kan koordineres på en mest mulig rasjonell måte ut i fra behovene, der tilbudene er tilgjengelige og tilpasset riktig målgruppe. Utviklingsbehovene har normalt sett et dynamisk preg, og kan stadig være i forandring. Det kan være som følge av beslutninger om organisasjonens framtid eller kompetanse for å orientere seg mot nye muligheter (Dalin, 1999:153). For helsesektoren vil særlig tjenesteutvikling og medisinsk- og teknologisk utvikling være avgjørende for fremtidens kompetanseutviklingsbehov. Hvordan tiltak planlegges og gjennomføres for hele

eller mindre grupper helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester beskrives nærmere i kapittel 4.

Kompetanseutviklingstiltak

Prioritering av kompetanseutviklingstiltak er gjerne basert på behov, men også på hva som organisatorisk og økonomisk er mulig å gjennomføre. Personalopplæring tilrettelegges både som interne og eksterne tiltak. I mange tilfeller er det økonomi som i første rekke legges til grunn for valg av tiltak. Vurderinger av nytteverdi av alternative kompetansetiltak trekkes gjerne inn i diskusjonen. Det er ofte vanskelig å beregne nytteverdi av de ulike kompetanse-tiltakene, men for kvaliteten vil det være utbytte av opplæringen som er det viktigste.

Økonomien trekker gjerne i retning av bedriftsinterne tiltak som oftest er betydelig billigere enn ekstern opplæring (Nordhaug, 2004:118:120). Ledere i studien i de to kommunene beskriver hvilke prioriteringer som gjøres og hva som vektlegges når tiltak skal planlegges, og om det er leder eller medarbeidere som legger premisser for dette.

Dalin skiller på formell og uformell læring, der den uformelle læringen skjer uten planlagte tiltak og kan være et biprodukt av å utføre oppgaver eller samarbeide med andre medarbeidere. Formell læring er stimulert av planlagte og systematisk gjennomførte tiltak som for eksempel kurs (Dalin, 1999:32). Filstad påpeker videre at tilegnet kunnskap gjennom formell læring får sin anvendelse gjennom uformell læring, der kunnskapen får en praktisk relevans og resulterer i endring av praksis. Formell og uformell læring integreres i hverandre ved at kunnskap og erfaringer som medarbeidere anvender relateres til hvordan arbeidsoppgaver løses (Filstad, 2015:236-237). Derfor er det interessant å se på om kompetanseutviklingstiltak i sykehjem og hjemmetjenester er integrert i praksis og om det har medført endrede arbeidsmetoder.

Kompetanseutvikling dreier seg om tiltak for å oppnå eller forsterke læring i en organisasjon. Kompetansetiltak kan omfatte bruken av en eller flere læringsmetoder, som retter seg mot en eller flere medarbeidere (Lai, 2013:117). Noen av læringsmetodene som er spesielt aktuelle i arbeidslivet og relevant for virksomheter i helse og omsorgstjenester er:

- Forelesninger som innebærer enveiskommunikasjon, men som kan nå mange personer på en gang, og med andre ord er kostnadseffektivt. Det kan være vanskelig å overføre denne læringen til jobbsituasjoner.
- Diskusjoner kan benyttes som læringsmetode i både strukturert og ustrukturert form. Der den strukturerte diskusjonen er mer målrettet, der gruppen ledes ved hjelp av spørsmål og en styrt diskusjon. Ustrukturert diskusjoner styres av deltakerne selv, og åpner for læring og problemløsning på komplekse områder.
- Veiledning er en metode som gjerne finner sted på selve arbeidsplassen, der den som er utpekt som veileder eller instruktør skal overføre kompetanse til en annen medarbeider ved demonstrasjon, observasjon og tilbakemelding. Læringsmetoden innebærer ofte et en-til-en forhold, og kan benyttes til læring av enkelte arbeidsoppgaver eller som oppfølging over en lengre periode som ved opplæring av nyansatte.

- Jobbrotasjon innebærer at ansatte roterer mellom ulike avdelinger og funksjoner. Rotasjonen kan skje både horisontalt og vertikalt i organisasjonen, som et ledd i jobbutvidelse eller kompetanse- og karriereutvikling.
- Simulering er en metode der man etterlikner den faktiske arbeidssituasjon, slik at deltakerne erfarer aktuelle aktiviteter så realistisk som mulig. Denne formen letter overføringen av læring, og benyttes vanligvis for innlæring av praktiske ferdigheter.

Ved planlegging av tiltak er det viktig å ha kjennskap til hva som hemmer og fremmer mulighetene for læring, der egenskaper ved organisasjonen som organisasjonsstruktur og arbeidsmiljø vil påvirke muligheten til og motivasjon for læring (Lai, 2013:124-132). Hvilke læringsmetoder som benyttes i sykehjem og hjemmetjenester i dag beskrives under punkt 4.3. om læringsformer.

Sertifisering er en måte å signalisere visse minimumskvalifikasjoner på. Sertifiseringsordninger og tiltak er utbredt i helsesektoren, og sikrer at ansatte er opplært og testet i basiskunnskaper og prosedyrer. Når en ansatt har visse sertifiseringer som for eksempel fagbrev, kan man som Nordhaug sier kalkulere med den ansattes grunnleggende kvalifikasjoner uten å måtte teste kunnskap og ferdigheter (Nordhaug, 2004:135).

Tiltak for å sikre de beste betingelsene for at kompetanse som er anskaffet eller utviklet faktisk blir brukt, er kritisk for at satsning på kompetanse skal gi ønskede resultater (Lai, 2013:18). I studien i de to kommunene undersøker jeg blant annet om sykehjem og hjemmetjenester har sykepleiere med videreutdanning, og hvorvidt det er tilrettelagt for å benyttes denne tilleggskompetansen.

Kompetansemobilisering

Mange ledere tenker at relevant kompetanse automatisk blir brukt, og har gjerne et større fokus på kompetanseanskaffelse og utvikling enn hvordan kompetansen kan bli brukt på best mulig måte. Det er mange betingelser som skal være tilstede for å oppnå en best mulig kompetansemobilisering. Lai understreker at kompetansepotensialet må mobiliseres gjennom relevante oppgaver og utfordringer. Mobilisering av kompetanse er også avhengig av nærmeste leder, arbeidsmiljøet og måten organisasjonen er strukturert på. Lav kompetansemobilisering har en rekke negative effekter for både for organisasjonen og medarbeideren selv, og svekker måloppnåelse og verdiskapning. Medarbeidere som ikke får brukt relevant kompetanse, vil oppleve et misforhold mellom eget potensial og muligheter for å få brukt kompetansen i det daglige. Dette kan gi redusert motivasjon og svekket ytelse over tid (Lai, 2013:153-156). Hvorvidt det er fokus på å benytte spisskompetanse og ressurspersoner på en hensiktsmessig måte belyses i studien i de to kommunene.

Kompetansedeling

Kompetansedeling er som Filstad påpeker, avgjørende for innovasjon og organisatorisk suksess. Det handler om å utnytte kunnskapen som er i organisasjonen og gjøre hverandre gode gjennom å dele, reflekter og videreutvikle kunnskap (Filstad, 2015:111) Deling av taus kunnskap skjer ved å observere praktisering av arbeid og praktisere sammen med kolleger,

og diskutere og reflektere for å finne den mest hensiktsmessige løsningen (Filstad, 2015:235). Utvikling av positive sosiale relasjoner og etablering av felle forståelse for hvilken kunnskap som er viktig kan være en direkte gevinst av kompetansedeling. Videre tilfører Filstad at kunnskapsdeling også kan utløse erkjennelse av at det er interessekonflikter, og kan utløse sårbarhet hos de involverte, som må tas tak i. Forståelse for hvorfor ansatte er villig til å dele kunnskap eller ikke, er derfor nødvendig. For å fremme kunnskapsdeling er det viktig å se på de forhold som tilrettelegger for og hindrer kunnskapsdelingen i organisasjonen (Filstad, 2015:111). I studien i de to kommunene spør jeg avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere om de har system for å spre kompetanse i avdelingen når noen av de ansatte har vært på kurs eller nettverkssamlinger.

Hvis kunnskap skapes i enkeltmenneskers hoder, vil man på en egoistisk måte prøve å holde kunnskapen for seg selv. Stacey påpeker at det er lederes oppgave å utvikle strukturer og adferd som håndterer slike tendenser. Deling av taus kunnskap skjer i førsterekke i uformelle utvekslinger mellom mennesker og når systemene som tar opp og lagrer data brukes (Stacey, 2008:249). For at flere skal få tilgang til kompetansen, og medarbeidere ikke skal ta med seg kunnskapen når de forlater organisasjonen, legger litteraturen vekt på viktigheten av at individuell taus kunnskap omdannes til eksplisitt form i systemer som eies og kontrolleres av organisasjonen (Stacey, 2008:247-254). Videre sier Stacey at formålet med opplæring og utvikling er å øke individets kompetanse, kunnskap og ferdigheter, og forbedre evnen til samarbeid. Etablert tenkning innebærer at det er individene som lærer og skaper kunnskap i en organisasjon, men at de lærer mest effektivt i team. Antakelsen fra informasjonsteorien er at læring og kunnskapsutvikling innebærer overføring av kunnskap mellom en sender og en mottaker. Kunnskapsoverføring er en prosess mellom individer der taus kunnskap konverteres til eksplisitt, eller ved dialog og diskusjon der kunnskapen beveger seg mellom nivåene i samspillet mellom individer, grupper, organisasjoner og samfunn (Stacey, 2008:28-31). Gjennom studien i de to kommunene, og kartlegging i de øvrige kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold har det vært viktig å avdekke hvordan kompetansedelingen fungerer internt i virksomheter og mellom Sykehuset i Vestfold og helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

For å motivere til kunnskapsdeling kreves det visjonært lederskap, og kontroll av de individer som besitter taus kunnskap. Ledelseskontroll koples ofte til krav om endring av organisering fra hierarkisk til nettverksorganisasjoner med selvledede fagfolk med felles interesser og ideer (Stacey, 2008:38). Som Filstad påpeker er det helt avgjørende for kunnskapsdelingen, at det skapes tillit. Endringer som forutsetter økt behov for koordinering og kommunikasjon for å utvikle nye egenskaper krever tillit. Det krever tillit til ledelse og kolleger, men også til organisasjon der det er aktuelt å dele kunnskap på tvers av organisasjoner (Filstad, 2015:115). Tillit på tvers av organisasjoner er aktuelt for koordinering og kunnskapsdeling mellom kommuner og sykehus, og tillit var noe avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere i studien i de to kommunene var spesielt opptatt av.

Deling av kompetanse på tvers av nivåer i helsetjenestene har likhetstrekk ved annet bransjesamarbeid for økt kvalitet og kompetanseutvikling. Dalin understreker at det er sentrale forutsetninger mellom organisasjonene som må være til stede ved bransjesamarbeid som:

- fellestrekk ved teknologi, produkter, stillingskategorier og kompetansebehov
- samarbeid på flere områder enn kompetanseutvikling
- arbeidstakerne har felles holdninger til kompetanseutvikling i bransjen
- godt utviklet samarbeid mellom arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene (Dalin, 1999:292).

Uformelle praksisfellesskap kan dannes på tvers av organisasjoner gjennom et gjensidig engasjement, der de ved å delta i praksisfellesskapet er med på å definere hva som er kompetanse i en gitt sammenheng. Det kan være profesjoner eller andre grupper som har felles språk, rutiner, verktøy og liknende (Filstad, 2015:84-85). Et eksempel på et praksisfellesskap på tvers av kommuner og sykehus kan være sykepleierne som har felles preferanser og språk.

Stacey påpeker at det er ledelsens oppgave å designe og implementere strukturer, systemer og adferd som legger grunnlag for at kunnskap spres i organisasjonen. Det typiske er fleksible strukturer, der beslutningsprosesser og kontroll desentraliseres til prosjektgrupper eller nettverk. Nye kulturer må konstrueres, ledere gir mer myndighet til de ansatte og uttrykker hvilke verdier som skal prege deres adferd. Villighet til å dele kunnskap forutsetter at de ansatte er inspirert av lederes visjoner. På grunn av at mye kunnskap spres gjennom uformell kontakt, er det viktig at det legges til rette for at slik kontakt lettere kan oppstå, og at det oppfordres til historiefortellinger i praksisfeltet (Stacey, 2008:254). I studien i de to kommunene undersøker jeg om avdelingene har egne fagutviklingssykepleiere, og hvilken rolle de har i å spre kompetanse. Om forutsetningene for å dele kompetanse er forskjell på sykehjem og i hjemmetjenester, og hvordan kompetanse deles internt og på tvers av virksomheter og mellom sykehus og helse- og omsorgstjenesten i kommunene er også noe som har vært sentralt i studien i de to kommunene og i kartleggingen av alle kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold.

Læringskultur

Organisasjonskultur er, som Filstad påpeker, en kombinasjon av ledelseskultur, arbeidsdelingskultur og læringskulturen. Utvikling og opprettholdelse av en sterk læringskultur innebærer at virksomheten har grunnleggende forståelse av hva læring, kunnskap og kompetanse er, tilrettelegger for og oppmuntrer til uformell læring, og setter av tilstrekkelig tid og ressurser. Filstad understreker videre at læring og kunnskapsutvikling er en kontinuerlig prosess, som innebærer fokus på dette hele tiden, og forankring i ledelsen på alle nivåer i organisasjonen. Organisasjoner med sterk læringskultur er også klar over at endringer ikke kan møtes uten læring (Filstad, 2015:213-215). Oppmerksomheten på faktorer som stimulerer, hindrer eller begrenser læring kommer naturlig når det er interesse for læringsmiljøets betydning. Faktorene kan prege hele bedriften eller være individuelle

læringsbetingelser (Dalin, 1999:79-80). For at organisasjonen skal utvikle en sterk læringskultur, må leder først om fremst fremstå som en nødvendig tilrettelegger og veileder, og ha et kontinuerlig fokus på læring og kunnskapsutvikling. Læring må også ha hensikt og mål både for organisasjonen og for den enkelte medarbeider. Filstad understreker at det er viktig at kunnskapsutvikling er i fokus hos ledelsen på alle nivåer i organisasjonen, for hvis overordnet ledelse ikke har fokus på læringens betydning, vil ikke ledere på lavere nivå ha myndighet til å frigjøre tid for sine medarbeidere (Filstad, 2015:228-229). En virksomhets evne til å skaffe, bearbeide, nyttiggjøre og videreutvikle informasjon og kunnskap, er avgjørende for dens utviklingsevne (Brandi, Hildebrandt, Norhaug, 2001:12).

I studien i de to kommunene kommer jeg inn på hvilket fokus ledelsen har på kompetanseutvikling, og hvordan ansatte tar ansvar for egen utvikling og deltakelse på interne kompetanseutviklingstiltak. Som Lai påpeker, er engasjement, nysgjerrighet eller ønske om personlig eller faglig utvikling en viktig forutsetning og drivkraft for læring. Andres innsats har ofte liten effekt, og er grunnen til at tiltak bør baseres på frivillighet og være skreddersydd for de som skal delta. Videre understreker Lai at nær sagt all læring er angstskapende og skaper motstand, og graden av frivillighet og angst påvirker motivasjonen til den enkelte. Negative holdninger, angst og motstand mot tiltakene kan lett overføres til andre ansatte. Ufrivillig deltakelse kan ødelegge læringsmiljøet i en gruppe, og fører til at det må brukes mye tid på å håndtere motstanden. Hvis målene ikke er godt kommunisert og lærings-tiltakene ikke oppleves som meningsfulle og relevante, vil det som Lai sier, føre til lav grad av motivasjon og frivillighet (Lai, 2013:135-136). Det er alltid en utfordring å få alle engasjert i nye tiltak og endringer, og opplæring av nyansatte og utvikling av ansatte som har vært tilsatt over lengre tid byr gjerne på ulike utfordringer. Disse utfordringer belyses fra ledernes side i studien i de to kommunene.

3.2. Kompetanseledelse

Kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling

Kompetanseplaner er en måte å strukturere, kvalitetssikre og standardisere faglig kvalitet og kompetanseutvikling i tråd med utvikling av tjenestene. Kompetanseplanene kan være individuelle for hver enkelt ansatt, på avdelings- eller på virksomhetsnivå, og som en del av en kommuneplan. Kompetanseplaner bør bygge på analyser og definerte mål, og være koblet opp mot organisasjonens overordnede strategier. Ansvar for planlegging og gjennomføring bør være forankret i toppledelsen (Lai, 2013:14).

Lai påpeker at kompetansestrategi skal angi hvilke kompetanseområder som er prioritert på kort og lang sikt, og hvilke tiltak som skal brukes på de forskjellige områdene. Strategien lager grunnlag for konkrete tiltaksplaner på overordnet nivå i organisasjonen, og for ulike funksjoner og medarbeidere (Lai, 2013:31-32). Det har derfor vært interessant gjennom studien i de to kommunene å undersøke om det legges overordnet strategi for

kompetanseutvikling, og om strategien legger grunnlaget for tiltaksplaner i sykehjem og hjemmetjenester.

Kompetanseutvikling er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for en bedre ressursanvendelse i virksomheter. Som Nordhaug påpeker må kompetanse planlegges, anskaffes, konfigureres og utnyttes i tillegg til å utvikles. Disse elementene henger sammen, og kan sees på som faser som bygger på hverandre i en kompetanseprosess.

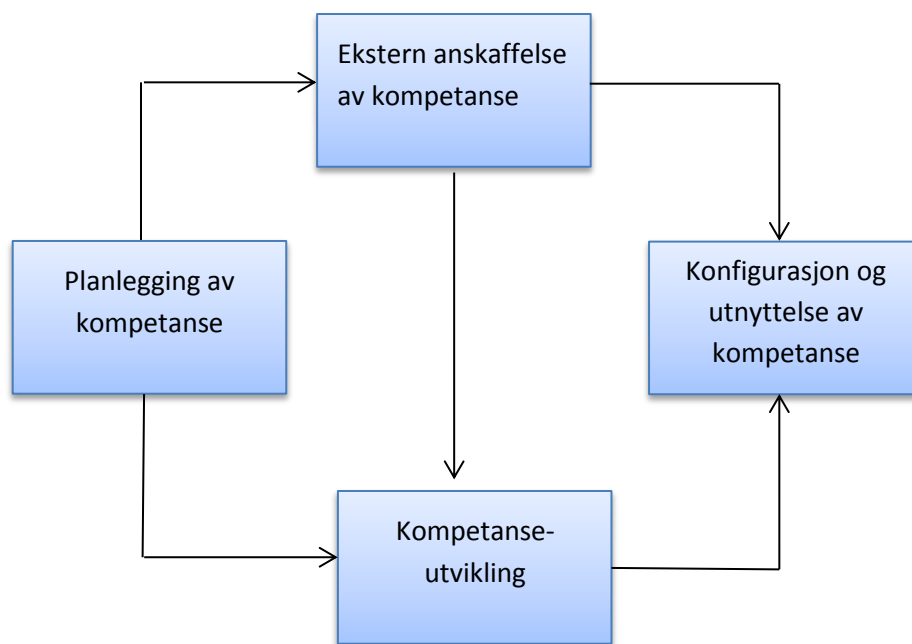


Fig.1. Kompetansekjeden (Nordhaug, 2004:34)

En vesentlig del av planleggingen er å bestemme hvilken kompetanse som skal anskaffes eksternt, og hvilken kompetanse som skal bygges opp gjennom å utvikle de ansatte. Ekstern anskaffelse, som rekruttering, kjøp av konsulent tjenester eller samarbeid med andre organisasjoner baserer seg gjerne på at det ikke er mulig å utvikle tilstrekkelig eller høy nok kompetanse internt. Kompetanseutvikling avgrenses gjerne til egenutvikling av ansatte som gjennomføres i og av bedriften ved planlagte tiltak, mer usystematisk og ubevisst læring, og ulike former for personalutvikling. Nordhaug påpeker at det er behov for tett kobling mellom planlegging av kompetanse og bedriftens strategi, men det som hyppigst mangler er at medarbeideres læring aktivitet styres i forhold til strategier på lang sikt (Nordhaug, 2004:33-41). Med dette som bakteppe har det vært viktig innledningsvis i studien i de to kommunene å spørre ledere på ulike nivåer om det foreligger kompetanseutviklingsplaner, om de er kjent for ledere og ansatte, om det er lagt en strategi og retning for utvikling og anskaffelse av kompetanse og hvilke mål de har for kompetanseutviklingen.

Kompetansemål

Mål og resultatstyring er et prioritert område i det offentlige, som betyr at myndighetene vil at det legges større vekt på å definere mål og handlingsplaner for virksomhetene. Både

regelstyringen og verdistyringen er sentrale dimensjoner som er integrert i dette. Formålet med målstyring er å gjøre organisasjonene mer mål og resultatorientert, og bedre ressursutnyttelsen gjennom økt produktivitet og effektivitet. Videre er formålet å etablere koblinger mellom mål, planer, styring og kontroll, og påvirke ansattes disposisjon av ressurser. Behovet for å omprioritere og frigjøre ressurser til nye og andre oppgaver, medfører at det må legges større vekt på å gjøre de riktige tingene, og gå bort fra at virksomheten er mest opptatt av å gjøre tingene riktig (Busch, Johnsen, Vanebo, 2002:235-236). Som Lai påpeker, er verdifull kompetanse vanskelig å observere og kode, og resultater av kompetansetiltak fremkommer hverken umiddelbar eller er lett synlig. Derfor er det vanskelig å evaluere tiltakene, og ofte gjøres det evaluering av kompetanseutviklingstiltak etter kort tid og på en overflatisk måte. Når det ikke gjennomføres evalueringer er det ofte fordi man antar at resultatene synes av seg selv, at det er for omfattende eller at organisasjonen ikke har definert mål for kompetanse generelt eller mål for de enkelte tiltakene. Kompetanseutvikling og tiltak mangler da strategisk forankring (Lai, 2013:24-25). Filstad understreker at kompetansemålene må resultere i mål på avdelingsnivå og individuelt for den enkelte medarbeider i tillegg til å være forankret på det strategiske nivå. Målene må være realistiske, og med tilgang på ressurser til å gjennomføre tiltakene som mål til (Filstad, 2015:231). For å kunne oppnå målene må organisasjonen indentifisere hva de trenger av kompetanse ut over det de har i dag gjennom en kompetanseanalyse. Det er behov for et bredt spekter av kompetanse i helse- og omsorgstjenestene i dag, det er derfor i studien i de to kommunene interessant å se på hvordan ledere prioriterer, og om de klarer å gjennomføre planlagte tiltak.

Ledelsesformer og lederkompetanse

Transaksjonsledelse er en ledelsesform som er basert på betinget forsterkning i form av avviksstyring eller betinget belønning. Avviksstyringen er brukt i de fleste organisasjoner, der ledere fokuserer på om det forekommer uregelmessigheter, feilgrep eller avvik fra standard. De konsentrerer hele oppmerksomheten om å korrigere underordnedes atferd slik at den er i samsvar med gjeldende regler og rutiner. Glasø og Thompson påpeker at det ved dette fokuset gjerne vil bli et større fokus på avvik, feil og instruksjoner, enn å forebygge og heve kvaliteten på lang sikt ved en målrettet satsning på kompetanse.

Ved transformasjonsledelse derimot implementeres verdier og mål ved å gi individuell støtte og motivasjon. Leder gir medarbeidere forbedret kompetanse og styrket selvilde gjennom å fokusere på medarbeiders styrker, og delegere utfordrende oppgaver som gir muligheter for personlig vekst. Leder tar hensyn til individuelle forskjeller og oppmuntrer til toveis-kommunikasjon. Forskningen viser at avviksstyring er mindre effektiv enn både belønning og transformasjonsledelse, men det er viktig å bruke både transaksjonsledelse og transformasjonsledelse for at en organisasjon skal overleve (Glasø, Thompson, 2013:20-28).

Ved ledelse av nettverk og team vil transformasjonsledelse påvirke det individuelle engasjement og identifikasjon, og i tillegg prosessene i nettverket som påvirker gruppens effektivitet. Transformasjonsledere motiverer underordnede til å sette til side enge behov og

interesser for å nå gruppens mål. Glasø og Thompson understreker at det er viktig ved ledelse av nettverk på tvers av organisasjonsgrenser, at egeninteressene ikke skaper dominerende konflikter og trenerer de tiltakene som gir helhetlige gevinster.

Transformasjonsledelse kan bygge broer og føye ulikhetene inn i felles oppgaver, som igjen kan skape samhold, stolthet og tillit til nettverket (Glasø og Thompson, 20013:47).

Teamprestasjoner henger sammen med hvordan ledere ved transformasjonsledelse kan utvikle gruppen fra å være enkeltpersoner, til strukturerte grupper, videre til team og høyutviklede team. Grupper utvikles gjennom felles forståelse av hensikten, forpliktelse, tillit og pågangsmot (Glasø og Thompson, 20013:55). Gjennom studien i de to kommunene og kartleggingen i de øvrige kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold får jeg et innblikk i hvordan prosesser ledes og implementeres i samhandlingen mellom sykehus og kommuner, og hvorvidt kommuner har felles interesser som dyrkes på tvers.

En side ved transformasjonsledelse er som Glasø og Thompson sier, å stille spørsmål til det bestående og invitere medarbeidere til å tenke på nye måter. Det vil øke kreativiteten i organisasjonen og grobunn for innovasjon som utløses ved ideer fra medarbeidere eller ledere. Transformasjonsledelse har også påvirkning på kunnskapsdeling (Glasø og Thompson, 20013:123). Denne ledelsesformen er derfor sentral for å engasjere ledere og medarbeidere i å overføre og øke kompetanse i helsesektoren på tvers av kommuner, og kommuner og sykehus.

“Laissez faire”-ledelse, er den lederstilen som er minst effektiv, og hvor ledere unngår å ta avgjørelser i saker som er innenfor eget ansvarsområde. Disse lederne pleier ikke å være tilstede når det er behov for vedkommende, og utsetter gjerne å ta beslutninger forklart med at de trenger mer tid til utredning. Det som preger denne lederformen er ansvarsfraskrivelse, og at lederne ikke gjør noe forsøk på å motivere underordnede til større innsats. De overlater gjerne lederutøvelsen til uformelle ledere (Glasø, Thompson, 2013:20-28). I studien i de to kommunene har det derfor vært av betydning å finne ut om avdelingsledere tar ansvar for kompetanseutvikling i egen avdeling og eventuelt hvordan, eller om de har lett for å skyve ansvaret over på andre.

Det er vanlig i helsesektoren at dyktige fagpersoner forfremmes som ledere. Som Hübertz Haaland og Dale sier, er det når man går inn i en lederrolle for første gang og skal utvikle en lederidentitet nødvendig å gi slipp på identiteten som fagperson og individuell bidragsyter. Mestringsfølelsen man har i fagrollen erstattes med usikkerhet og utrygghet. Som ny leder står man gjerne ikke med blanke ark, men arver en posisjon som er formet av forgjengerens måte å lede på (Hübertz Haaland, Dale, 2014:13). Ved interne overganger til lederposisjoner vil forventinger og atferdsmønstre fra tidligere posisjon og relasjoner lett bli videreført. Dermed kreves det at den endrede rollen markeres på en mye tydeligere måte enn ved ekstern rekruttering. Kulturen, personene, organisasjonens strategier og utfordringer vil være kjent, men i nye rolle vil mye av dette endre karakter. Avlæring av etablert rolle og utvikling av ny rolle og nye relasjoner må skje i samspill med tidligere kolleger, og kan være den største utfordringen (Hübertz Haaland, Dale, 2014:128-129). Når ansatte forfremmes

som ledere i egen virksomhet, er det ofte slik at det legges større vekt på om de er gode fagpersoner enn om de har kunnskaper og evner til å være ledere. I studien i de to kommunene har vektlegging av fagkompetanse versus lederkompetanse og ledererfaring ved rekruttering av nye ledere vært et tema under intervjuene med virksomhetsledere og kommunalsjefer. Om lederkompetanse påvirker avdelingslederens evne til å lede kompetanseutviklingen kommer også til uttrykk i studien.

Nordhaug fremhever at lederkompetanse er karakterisert som de underliggende personlige egenskaper, ferdigheter og kunnskap som kommer til syne i arbeidssituasjonene, og som bidrar til at leder oppnår resultater. Forskning viser at en god leder har god kompetanse innen:

- Informasjonsbearbeiding, måten man henter inn, analyserer og vurderer informasjon.
- Lederskap, kunne lede, motivere og delegere og utvikle andre.
- Resultatorientering, forstå hvordan verdier skapes å ha kundefokus.
- Sosial kompetanse, være tilpasningsdyktig og kunne lytte.
- Personlig egenskaper, ha høy stresstoleranse og være endringsorientert.

Lederkompetanse kan utvikles gjennom formelle utdanninger og lederutviklingsprogram, kombinert med læring i den praktiske virkelighet som leder. Det aller viktigste er å sørge for at ledere tilfredsstiller kravene til basiskompetanse, før man eventuelt tilbyr tiltak som kan løfte ledere fra å være et gjennomsnitt til å bli en fremragende leder. Når det gjelder kompetanseutvikling for den enkelte ledere, er det mer effektivt å benytte atferdsbasert tilnærming, der atferden som utvises i jobbsituasjonen er utgangspunkt for utviklingstiltak (Nordhaug, 2004:83-93). Studier viser at ledere lærer først om fremst av å være leder, av ikke å mestre oppgaver, og av gapet mellom hva man er og hva man ønsker å være. Videre påpeker Dalin at det trolig er overgangsfasene som er de mest lærerike for ledere, i møtet med nye utfordringer og vanskelige oppgaver. Det ser derfor ikke ut til at lederutvikling som selvstendig program er særlig aktuelt (Dalin, 1999:265-269). Om det er system for opplæring av ledere og om lederne har de basiskunnskaper som trengs, er områder som kommunalsjefer og virksomhetsledere i studien i de to kommunene uttaler seg om i intervjuene.

Det er altså leders ansvar å tilrettelegge for og ha nødvendig fokus på læring i organisasjonen. Som Filstad understreker innebærer det å utvikle verdier, relasjoner og systemer som sikrer læring og kunnskapsutvikling som gir nødvendig grunnlag for endringer. Pedagogisk ledelse har fokus på å initiere, stimulere til refleksjon og læringsprosesser. Administrativ ledelse derimot har mest fokus på å sikre den daglige driften. Begge former for ledelse må ivaretas, og ledelse og læring vil integreres i hverandre ved en sterk læringskultur. Pedagogisk ledelse kan også utøves av medarbeiderne selv, og ved at medarbeidere utøver ledelse overfor andre medarbeidere. Det kreves ferdigheter for å lære fra seg og tilrettelegge for læring, og man finner ofte uformelle læringsledere som utøver læringsledelse (Filstad, 2015:222-223). I studien i de to kommunene er fagutviklingssykepleierne et

klart eksempel på læringsledere, som leder faglig tiltak og utveksling i samhandling med andre kolleger.

Læring og endring

Samhandlingsreformen krever at kommunene ser etter nye og bedre løsninger for sine brukere og øvrige innbyggere. En *reform* er et aktivt og bevisst forsøk fra politikere og administrative aktører på å endre strukturelle og kulturelle trekk, og *endringene* er det som faktisk skjer. Av ulike årsaker ender ikke reformene opp med endringer slik reformen opprinnelig var planlagt. Begrepsbruken har i de siste årene dreiet fra reformer og endringer, til innovasjon og fornying. *Innovasjon* skiller seg fra endringer ved at det står for noe nytt (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:230).

Mulgan og Albury (2003) definerer innovasjon i offentlig sektor med å fremheve at, “vellykket innovasjon er å skape og iverksette nye prosesser, varer og tjenester og iverksette nye leveringsmetoder som fører til vesentlige forbedringer i produktivitet, effektivitet eller kvalitet” (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:230).

Drivkraften for innovasjon i offentlige virksomheter kan gjerne være verdiskapning, eller å forbedre fordelingen som knyttes til endringer i forholdet mellom tjenesteyterne, brukerne og styringssystemene. Mulgan (2009) påpeker viktigheten av seks elementer for å fremme innovasjon i offentlig sektor:

- Lederskap og kultur som gir grunnlag for innovasjon.
 - Forståelse for hvilke utløsende og fremmende faktorer som ligger til grunn.
 - Bruke kreativitet og tverrfaglighet, med ansatte og brukerrepresentanter som kreative og kritiske.
 - Bruk av pilotprosjekter for å teste ut nye ideer.
 - Spredning av gode ideer gjennom frivillig forsøk, sammenlikninger mellom virksomheter, bruke profesjonskriterier og la forkjempere lede an i prosessen.
 - Tilrettelegge for resultatorientering og resultatstyring.
- (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:115)

Hvordan samarbeide om innovasjonsprosjekter mellom kommuner, sykehuset og utdanningssektoren i Vestfold fungerer i dag og hvilken nytte man ser av samarbeidet, kommer jeg nærmere inn på i funn fra kartleggingen i alle kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold. Som Stokkeland og Kaarbø understreker, kan ikke ledere la være å tenke på organisasjonens framtid. Det tar tid å reagere på endringer og tilpasse seg det en ser vil komme, og det handler om å følge med i samfunnet, bruke statistikker og nøkkeltall og ha kontakter med ulike miljøer for ikke å bli overrumplet og akterutseilt (Stokkeland og Kaarbø, 2014:132).

Jacobsen beskriver endringer på denne måten:

“Endringer medfører ofte brudd med det etablerte. Stabile rutiner og prosesser brytes opp, etablert oppfatninger utfordres og maktforholdene endres” (Jacobsen, 2014:183).

Endringsledelse handler om at ledere må forsøke å gjøre drivkreftene sterkere enn motkreftene, skape et klima for endring og utføre handlinger for å øke sannsynligheten for vellykket gjennomføring av endringene. Endringsledelse utøves nødvendigvis ikke av den formelle ledelse, men av endringsagenter som i mange sammenhenger er andre enn den formelle leder. Det er mye som tyder på at ledelse er spesielt viktig i endringsprosesser, i motsetning til når i stabile perioder da organisasjonen fungerer mer eller mindre av seg selv (Jacobsen, 2014:183-184).

På samme måte som endringer vil innovasjon møte motstand. I mange menneskers natur vil det være en frykt mot det ukjente og nye, selv om det fremstilles som en forbedring. En forbedring vil kunne skape «vinnere» og «tapere» i forhold til dagens situasjon. Forslag som kommer utenfra møter gjerne større motstand enn forslag som kommer fra egen virksomhet (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:234). Innovasjonsledelse handler blant annet om å skape nye perspektiver, peke ut retning og å åpne for nye måter å se organisasjonens rolle på (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:227). Dette er et perspektiv som er særlig relevant for å kunne utvikle helsetjenester på tvers av nivåer, som dekker brukernes behov i årene fremover. Om lederne mener at kommunene har endret seg slik det er forventet etter innføringen av samhandlingsreformen, kommer jeg inn på i studien i de to kommunene. I studien sier avdelingsledere også noe om hvordan de og de ansatte møter behovene for endring og ny kunnskap.

Når tjenestene og kravene til kompetanse endres vil det, som Dalin understreker, være behov for en målrettet utvikling av kompetansen, kunnskap, ferdigheter og innsikt for å mestre nye prosedyrer eller oppgaver. For å kunne jobbe helhetlig i arbeidssituasjonene kombineres personlige forutsetninger og ulike kompetanseelementer. Ved å legge vekt på dette vil det føre til en bedre utnyttelse av kompetansen. Det kreves i stor grad utvikling av ny kompetanse for å dekke behovene som er knyttet til framtidige oppgaver og endringer (Dalin, 1999:27-28). Videre påpeker Nordhaug at det kan være en rekke hindringer for at kunnskaper og ferdigheter blir implementert og overført til arbeidssituasjoner både i det administrative systemet, og i form av manglende aksept fra kolleger eller ledere, og den allmenne motstanden mot forandringer. Endring av arbeidsdeling er nødvendige tiltak ved utstrakt kompetansebygging, for at ikke medarbeidere skal oppfatte seg som overkvalifisert og utvikle lav jobbtilfredshet (Nordhaug, 2004:40-46).

Ved større organisasjonsendringer er det også viktig at ledere har oppmerksomhet på kontinuitet og virksomhetens evne til å fungere. Det gir medarbeiderne en følelse av stabilitet og sikkerhet. Videre må virksomheten gjøres i stand til å flytte seg fra en tilstand til en endret misjon, gjennom å engasjere medarbeidere i å reflektere og lære hvordan virksomheten kan bli mest mulig funksjonell (Busch, Johnsen, Vanebo, 2003:261-263). Om organisasjonsendringer påvirker virksomhetens evne til å drive målrettet kompetanseutvikling, er noe som belyses av ledere på flere nivåer i studien i de to kommunene.

Åkerstrøm Andersen og Grønbæk Pors påpeker at ledere i dagens velferdssamfunn må ta et større og mer sammensatt ansvar, tjenestene skal fungere innenfor gitte rammer og det krever at ledere på alle nivåer er selvstendig og nytenkende. Gjennom større grad av selvstendighet og delegert beslutningsmyndighet, er det ikke lenger kun de ledere og politikerne som sitter høyt oppe i hierarkiet som tar de viktige beslutningene (Åkerstrøm Andersen, Grønbæk Pors, 2014:310). Videre understreker Åkerstrøm Andersen og Grønbæk Pors at ledere i offentlig sektor ikke bare tar praktiske, nødvendige og løsningsorienterte beslutninger, men det politiske står ofte i spill gjennom det praktiske. Dette er noe politikerne må være klar over, og at mye av politikken skjer utenfor de arenaer der de sitter (Åkerstrøm Andersen, Grønbæk Pors, 2014:318). Prioriteringer og beslutninger lokalt i avdelingene vil være det som til syvende og sist legger premisser for hvilket tjenestetilbud innbyggerne får. Hvorvidt politiske beslutninger preger prioriteringer av kompetansetiltak i de to kommunene jeg har studert, kommer jeg nærmere inn på.

Politikere skal være tydelige ledere og tolke behov og muligheter i samfunnet, og ledere i det offentlige skal utforske hva som gir en økt offentlig verdiskapning, og prøve ut og forankre innovasjonene blant politikere, brukere og samarbeidspartnere (Buch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:238). Som Jacobsen påpeker, har administrasjonen store muligheter for å påvirke politiske vedtak gjennom å sette saker på dagsorden, og bestemme hvilke alternativer politikerne har å velge mellom. De kan også bruke sin makt ved å anbefale noen alternativer med faglige begrunnelser (Jacobsen, 2009:130). Leder skal i hverdagen være innovativ, og på den andre siden følge opp dokumentasjonskrav, fordele ansvar og garantere måloppnåelse. Det er mer risikabelt å eksperimentere enn å følge «gamle» rutiner. Spørsmålet er også hvordan risikoen for innovasjonen fordeles mellom politikere, administrasjonen, virksomheten, brukerorganisasjoner og samfunnet (Åkerstrøm Andersen, Grønbæk Pors, 2014:135). Videre understreker Åkerstrøm Andersen og Grønbæk Pors at det er når potensielle tiltak blir aktualisert at det skapes forhandlinger mellom politikere og administrasjon, og ledere for virksomhetene. Der besparelser av ressurser gjerne tas ut lenge før det blir aktuelt. Spørsmålet er om innovasjon og fleksibilitet kan brukes til å legitimere besparelser i en tid med stort fokus på ressurseffektivitet (Åkerstrøm Andersen, Grønbæk Pors, 2014:136). Hvilket samarbeid og påvirkningsmuligheter ledere i kommunale virksomheter har på politisk ledelse, trekkes særlig frem i studien i de to kommunene, når det er snakk om prioriteringer og økonomi.

Nettverksledelse

Nettverk er en organisasjonsform, og et meget løst forbundet system av folk og grupper som jobber sammen. Det er ikke noe hierarki, men basert på at en konkret oppgave ledes av den best kvalifiserte eller opphavsmannen for prosjektet. Medlemmene har mange forbindelser både innenfor og utenfor nettverket, så det er vanskelig å si hvor nettverksvirksomheten begynner og slutter. Et nettverk kan skape mer dynamiske relasjoner, større fleksibilitet og lettere tilgang til kunnskap. Dette gir organisasjoner større overblikk, slik at man unngår å

gjenta ting som allerede er utviklet av andre. Nettverk er en arena for kunnskap, samarbeid og læring (Brandi, Hildebrandt, Nordhaug, 2001:137-138).

Nettverksledelse kan sees på som en direkte konsekvens av New Public Management reformens virkninger. Nettverksstyring er en styreform som i helsevesenet muliggjør offentlig innovasjon og selvstyrende horisontale prosesser. Det vil være offentlig styring i bevegelse mot nettverk, men at den hierarkiske strukturen opprettholdes (Holm-Petersen, Sandberg Buch, 2014:18). Holm-Petersen og Sandberg Buch påpeker at det er få virkemidler i styringssystemer som belønner tverrgående samarbeid. Det fremkommer også at det er et reelt potensial for økt kvalitet og bedre bruk av ressurser ved samarbeid på tvers av nivåer i helsetjenesten (Holm-Petersen, Sandberg Buch, 2014:9).

Leder av nettverk må ha evne til å fasilitere på tvers, ha evne til konfliktløsning og til å skape en kultur hvor konflikter ikke sees på som noe negativ, men som en drivkraft til innovasjon. Hensiktsmessig kompetanse for nettverksledere er overlappende med kravene til transformasjonsledere (Holm-Petersen, Sandberg Buch, 2014:31). I arbeidet med å forstå sammenhenger og i det praktiske arbeidet er det lav lederdeltakelse, og det er ofte utpekt nettverkskoordinatorer og prosjektledere til å delta i nettverk. Det vil da, som Holm-Petersen og Sandberg Buch understreker, mangle fokus på lederes rolle i forhold til å skape de nødvendige endringene, og sikre at de riktige menneskene rekrutteres og belønnes for samarbeidsinnsatsen. Det argumenteres for at det er bruk for et mer forpliktende lederskap på tvers av sektorer, og kunnskap om hvordan skaper gode samarbeidsrelasjoner. Ledere kan oppleve rollekonflikter og dilemmaer ved både å være leder i egen organisasjon, og for et nettverk. Med motstridende mål og interesser kan ledere komme til å opptre hemmende for det tverrsektorielle samarbeidet (Holm-Petersen, Sandberg Buch, 2014:10).

For å nå målene i samhandlingsreformen er det behov for ulike nettverk på tvers av nivåene som gjennom funksjon og mål jobber med utvikling av helsetjenestene i kraft av politisk beslutninger. Topplederen spiller en viktig rolle for å understøtte nettverkssamarbeid. Hvis lederne ikke får tilstrekkelig støtte fra topplederen, risikeres det at tiltakene stopper opp i den innebygde motstanden. Innovativ ledelse er essensielt og ledere på alle nivåer er viktige i forhold til å overbevise og forhandle frem nye systemer og endringer (Holm-Petersen og Sandberg Buch, 2014:20). I kartleggingsarbeidet i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold har det vært sentralt å avdekke hvilke nettverk som finnes, og hvordan lederne mener nettverkene fungerer. Hensikten har vært å stille spørsmål om alle nettverkene skal opprettholdes, og hvilken funksjon og rolle et fagnettverk eller nettverk for samhandling i Vestfold skal ha.

Ledelse av nettverk krever fastsatte mål og retningslinjer for hvordan nettverket skal organiseres, sammensetning av aktører og fremdriftsplaner (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:249). Det nødvendig å skille mellom ledelse av og i nettverksorganisasjonen. Ledelse av nettverket må utøves av representanter fra overordnet ledelse i alle organisasjoner som deltar i nettverket. Disse må etablere et samspill om målformulering og problemløsning for å skape en hensiktsmessig styring av nettverk som etableres. Det er

viktig å synliggjøre sentrale verdier, særlig når deltakere kommer fra ulike kulturer. Dette er viktig for å skape tillit og gode relasjoner. Ledelse i nettverket vil bestå av målformulering som er knyttet til tolkning og operasjonalisering av de målene som er formulert på overordnet nivå. Problemløsningen er knyttet til hvordan nettverket skal realisere målene, fordeling av lederroller, kommunikasjon internt og eksternt, interne maktforhold og føringer fra omgivelsene. Nettverksledelse representerer en ny og økende praksis i offentlig sektor. Med økende kompleksitet, vil fragmentering og autonomisering gradvis press seg frem for å kunne takle nye og krevende oppgaver. Nettverksledelse sammen med verdibasert og politisk ledelse vil være et viktig supplement til New Public Management i tiden fremover (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, (2011:251/261).

For å utøve ledelse ut over egen organisasjon eller enhet krever det at ledere aktivt oppsøker, adopterer og dele praksis og viten, sette felle mål for felles vinning, deler på ressurser, er pådriver for å bygge og vedlikeholde nettverk og benytter forløpstanken for å definere problemer og løsninger på tvers av organisatoriske grenser (Holm-Petersen, Sandberg Buch, 2014:26). Ledernes engasjement og meninger om dagens nettverk kommer frem i kartleggingen i Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold. Hvorvidt de bruker nettverkene for å dele kompetanse og utvikle "best praksis" i dag, har vært drøftet i kartleggingsmøter med ledere i kommunene.

Forutsetninger for kompetanseledelse

Økonomisk planlegging er viktig å knytte opp mot ledelsesfunksjonen hvis det skal få styringseffekt. Det defineres økonomiske mål på flere nivåer, og i første omgang er det gjerne mål for den daglige driften for kommende år. Økonomiske mål har en sentral plass i å sikre tilpasninger til omgivelsen og utvikling av organisasjonen. Det er viktig at alle som involveres i planleggingen har nødvendig fagkunnskap i økonomi, og kjenner til de viktigste begrepene. Økonomiske planer angir mål og forslag til tiltak, men er ingen garanti for god økonomistyring. Økonomien i kommunene styres gjennom statlige bevilgninger, og styringen er sentralisert med strenge regler for disposisjoner. Det er derfor ikke tilstrekkelig å holde seg innenfor den økonomiske rammen, men det er også krav til høyere produktivitet og bedre service til befolkningen.

Daglige aktiviteter må styres, og de enkelte beslutningen får konsekvenser for resultatene. Det må derfor utvikles en kultur der målene settes i sentrum, og er kjent og akseptert som verdifulle av de ansatte. Alle i en organisasjon kan på hver sin måte påvirke de økonomiske målene. Dersom en ønsker en bedre økonomistyring bør man ha en prosess som engasjerer flere medarbeidere, for det er ingen som er bedre i stand til å utvikle planer enn de som jobber tett på driften til daglig. Det vil kunne gi gevinster i form av bedre planer, større forpliktelse og engasjement. Hvis ikke mål og planer påvirker beslutninger er de verdiløse. Hvis ansatt legger mye tid og krefter i planer som ikke får noen praktisk betydning, så forsvinner engasjementet (Busch, Johnsen, Vanebo, 2002:226-228). Videre påpeker Hübertz Haaland og Dale at det er vanlig at ledere fokuserer mest på drift og kortsiktige gevinster, på bekostning av utvikling og langsiktige resultater. Leder har lært seg at det er viktig å

produsere resultater, men tolker gjerne resultatbegrepet for snevert (Hübertz Haaland, Dale, 2014:48).

På bakgrunn av kompetansebehov er det som Dalin påpeker, nødvendig å gjøre prioriteringer i situasjoner der ressursene ikke strekker til. Knapphetsfaktorer i kompetanseutvikling er gjerne mangel på personell til å utføre kompetansekartlegging og planlegging av kompetansetiltak, at lederne ikke har nok tid til rådighet, eller tilstrekkelig nok økonomi til å gjennomføre kompetansetiltak. Den faktiske prioriteringen kan være en følge av prestisje, maktspill, tradisjoner og tilfældigheter, som står i en klar kontrast til systematiske vurderinger i forhold til mål, strategi og effekt av kompetanseutviklingen.

Når prioriteringer av kompetansetiltak diskuteres så er det gjerne konsentrert om bruk av penger på budsjettposten som er dedikert til kompetanseutviklingstiltak. Disse pengene brukes bare til en del av de organiserte tiltakene, for det er mer og mer vanlig at kompetanseutviklingen gjennomføres med interne fagfolk, som belastes av midlene til drift. Videre sier Dalin at prioriteringer bør inkludere alle kompetansetiltak uavhengig av finansieringsform, som åpner opp for en bredere diskusjon om hvilke ressurser som eventuelt kan dekke hvilke tiltak (Dalin, 1999:124-126). Ved valg av læringsmetode fremhever Lai at ressurskravet bør vurderes i forhold til tidsbruk, kostnader og egen kompetanse. Et viktig spørsmål i denne sammenhengen er om organisasjonen har tilstrekkelig kompetanse internt til å undervise eller veilede medarbeidere i aktuelle læringstiltak, om de må velge tiltak ut i fra tilgjengelig kompetanse på grunn av begrenset økonomi eller om de kan søke eksternt bistand. Lai understreker videre at man ser mange tilfeller der organisasjoner benytter eksterne ressurser selv om kompetansen finnes i organisasjonen (Lai, 2013:145-147).

Som Tiller og Helgesen poengterer er ledere i kommunale virksomheter utsatt for et økende krysspress, med press både nedenfra, ovenfra og fra myndigheter og befolkning. De skal forholde seg lojale til styringssignalene fra lokalpolitikere, og utøve forvaltning i henhold til statlige forventninger og krav i lover og forskrifter. Lederne skal imøtekomme innbyggernes behov for tjenester og service, og bygge arbeidsmiljø for medarbeiderne som fremmer blant annet trivsel, kompetanseutvikling og faglig kvalitet. Videre påpeker Tiller og Helgesen at tidsfaktoren er sentral for at ledere skal kunne forberede seg til nye krevende utfordringer. Ved knapphet på tid kan en leder velge å holde fokus på hverdagens operative oppgaver, noe som over tid ikke vil fungere. Endringer kan man ikke unngå, og lukke øynene og fortsette som før er ingen vellykket utviklingsstrategi. Med utvikling som har gått i retning av at kommunene har fått et økt ansvar og flere oppgaver, er det større behov for kompetanse (Tiller, Helgesen, 2011:134-136). Knapphetsfaktorene tid og økonomi er sentralt for de avdelingslederne som inngår i studiet i de to kommunene, og hvorvidt det preger avdelingsleders forutsetninger for å drive systematiske kompetanseutvikling belyses fra ledere på flere nivåer.

Hübertz Haaland og Dale påpeker at ledernes basisoppgave er å lede driften, og det er uendelig mange driftsoppgaver de skal ha kontroll på. Disse oppgavene er vanligvis lett og identifisere, kvantifisere og tidfeste. Driftsoppgavene vil stadig forsøke å komme i fokus, ved at man får påminnelse hvis oppgavene ikke gjøres. Lederjobben er hektisk, og preget av avbrytelser og liten tid på hver oppgave. Dette kan føres til at ledere lar være å gi langsiktige og viktige oppgaver oppmerksomhet. Ved større omstillinger er gjerne ledernes frihetsgrad mindre, det er gjerne press på økonomi, tid og oppmerksomhet samtidig. Hvis det skal gjennomføres omstillinger som ikke er til det god, vil man som leder bli satt på prøve i forhold til egne normer og verdier (Hübertz Haaland, Dale, 2014:49-52). Organisasjoner er i konstant endring, og som Stokkeland og Kaarbø sier, må leder være klar for å stimulere endring hele tiden. Endringer skaper usikkerhet som en må tåle, men ledere må være aktive i å tenke på hva som kan forandre seg. Det er en balanse mellom å være endringsorientert og forhindre at usikkerheten skaper utrygghet (Stokkeland, Kaarbø, 2014:132-133). I studien er det særlig den ene av de to kommunene som omtaler virkningene av gjennomførte endringsprosesser. Ellers er det flere av avdelingslederne i begge kommuner i studien som beskriver hvordan den hektiske lederhverdagen arter seg, og hvordan oppfølging av medarbeidere påvirkes av dette.

Kommunale virksomheter reguleres av omfattende lovverk og forskrifter, som setter ulike krav som må følges opp. Med omfattende krav og regler fremhever Schaug at det åpenbart er muligheter for å gjøre feil, og ledere må bruke en del tid på å kvalitetssikre det som gjøres. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er en av 7000 lover og forskrifter som regulerer kommunale virksomheter. Gjennom Helsepersonelloven settes det også spesifikke krav til helsepersonell i utøvelsen av det daglige virket i helse- og omsorgstjenestene. Fagforeningene har i tillegg en sterk maktplattform i kommunene, så for å lykkes som kommunal leder er det viktig å spille på lag med tillitsvalgte og fagforeningene (Schaug, 2010:60-62). Hvordan avvik brukes i kvalitetsarbeidet er noe som belyses fra virksomhetslederne i studien i de to kommunene.

Lederes beslutninger og ansvar

Det er alltid slik at å lede er å oppnå resultater gjennom medarbeidernes innsats, men det forutsetter at medarbeiderne er motiverte og har riktig kompetanse. Dalin understreker at det betyr at ledere må jobbe for å få medarbeiderne motivert, og legge til rette for kompetanseutvikling. Gjennom styrket resultatkrav er kompetanseutviklingen blitt bedre forankret i ansvaret til linjeledere. Skal man oppnå bedre resultater, påpeker Dalin at det krever bedre bruk av ansattes kompetanse og videreutvikling av kompetansen. Noen bedrifter benytter stabsavdelinger til å kartlegge kompetansebehov, planlegge tiltak og vurdere resultater. Når ledere tar dette ansvaret selv, vil stabsavdelinger ikke alltid bli fornøyd med prioriteringer ledere gjør, og kan oppleve store forskjeller mellom avdelinger som er basert på lederes talent, interesse og kompetanse på området. Situasjonen i dag er gjerne at linjeledere har ansvar for kompetanseutviklingen, men kan bruke stabsfolkene som støttespillere (Dalin, 1999:114-115). Hvorvidt ledere bærer ansvaret for

kompetanseutviklingen selv, eller har et mer distansert forhold til dette ansvarsområdet belyses i studien i de to kommunene.

Det er altså viktig å identifisere behov, legge en plan, og iverksette tiltak for å nå kompetansemålene for virksomheten. Brunsson påpeker at det er leders ansvar å utvikle og anskaffe nødvendig kompetanse, og involvere de ansatte i å definere individuelle og kollektive behov i dagens drift og for den fremtidige utviklingen. Videre fremhever Brunsson at når ledere tar beslutninger gjør de fremtiden mindre usikker, ved at de låser seg selv og andres til handlinger. Beslutninger baserer seg gjerne på flere alternativer. Hvis en grubler mye over beslutningen blir man gjerne usikker, og usikkerhet er et dårlig utgangspunkt for handlekraft. Lederes handlekraft i organisasjoner, er gjerne basert på å få medarbeidere til å gjøre bestemte oppgaver i fellesskap og samordnet. Ledere styrer gjennom å ta beslutninger, og har også rett til å kontrollere at beslutningene gjennomføres. De har også rett til å fordele straff og belønning til medarbeidere i forhold til hvordan de følger de vedtatte beslutningene. Årsaker til at beslutninger ikke følges kan være, som Brunsson sier, at de er altfor rasjonelle, at leder og medarbeidere har ulike interesser eller at medarbeiderne mener at målene kan nås på en annen og bedre måte. Hvis medarbeiderne oppdager at ledelsen er mer interessert i sitt eget enn organisasjonens beste, vil de prøve å forhindre gjennomføringen på ulike måter.

Det er ikke sikkert det er så tydelig hva beslutningstakeren mener, beslutningen kan være formulert slik at den kan tolkes på ulike måter. Det skjer ofte når det inngås kompromiss mellom beslutningstakere som har vært uenige. Hvis beslutninger strider mot tidligere beslutninger, er det stor risiko for at beslutningene ikke gjennomføres (Brunsson, Brunsson, 2015:84-92). I studien i de to kommunene har det derfor vært sentralt å undersøke om beslutninger om hvilke kompetansetiltak som skal gjennomføres er tydeliggjort, og om det gjenspeiles i deltakelse og gjennomføring. Om medarbeidernes ønsker om faglig utvikling blir tatt i betraktning fremkommer også i studien.

Brunsson påpeker at hvis det tar tid å gjennomføre en beslutning kan beslutningstakeren endre preferanse underveis, og organisasjonens handlinger og beslutningstakerens preferanser stemmer ikke overens. Det tar ofte lang tid å gjennomføre organisasjonsreformer, og det er stor risiko for at beslutningstakerne får nye ideer. Lenge før reformen er gjennomført, kan beslutningstakerne vær klar over ulempene ved reformen. Når reformen er gjennomført, har beslutningstakerne rukket å vedta en ny reform med et annet innhold. Det går fort for beslutningstakere å endre mening, men det tar vanligvis lengre tid å gjennomføre beslutningene (Brunsson, Brunsson, 2015:92-93). I studien i de to kommunene belyser avdelingsledere hvordan fokuset til overordnet ledelse har endret seg fra samhandlingsreformen kom i 2012 og frem til i dag, og hvordan det gjenspeiles i krav til nye endringer.

Når beslutningstaker har problemer med å bestemme innholdet i beslutningene, kalles det determineringsproblem. Beslutningstakerne er sjelden ekspert på alt i virksomheten, de

ansatte er ofte eksperter på spesifikke områder. Det er da viktig at ekspertene stiller sin ekspertise til rådighet, informerer beslutningstaker og foreslår at nye beslutninger tas. I komplekse spørsmål er det vanskelig å forsvare en beslutning som ikke er støttet av ekspertenes argumenter. Implementeringsproblemene minsker hvis de som ledes får bestemme beslutningene, de motvirker sjelden beslutninger som de i stor grad har tatt selv. I den grad det oppfattes at beslutningstakeren har makt, gir det også beslutningstakeren ansvaret for beslutningene (Brunsson, Brunsson, 2015:94-95). Fagutviklingssykepleierne er de som nærmest kan kalles "eksperter" i studien i de to kommunene. Det har derfor vært sentralt å finne ut av hvilken innflytelse og påvirkning denne gruppen har i planlegging og prioritering av kompetansetiltak.

Når det treffes beslutninger er det også andre enn beslutningstakeren som blir påvirket, men som Brunsson understreker får beslutningstaker ansvar for beslutningen, handlingene og konsekvensene av disse. Ansvar er gjerne med på å påvirke viljen til å beslutte, men når ledere tar på seg ansvaret for beslutninger minsker ansvaret på medarbeiderne og makten til beslutningstakeren aksepteres. Ansvar kan vær tungt å bære, og beslutningstakere prøver gjerne å unngå ansvar ved å utsette upopulære og risikofylte avgjørelser. De tenker at det ikke blir nødvendig, eller at andre kommer til å treffe de nødvendige beslutningene. Når det er flere beslutningstakere, får den enkelte mindre ansvar, og det kan være vanskelig til syvende og siste å peke på hvem som har det egentlige ansvaret. Uklare forventinger til avdelingsledere, og hvorvidt det skyldes at overordnet ledelse og politikerne i for liten grad har avgrenset innhold og omfangskravene til de kommunale helsetjenestene, er spørsmål som er sentrale i studien i de to kommunene.

Beslutninger har altså ingen verdi i seg selv, det er forutsetningene for handling som skaper verdier. Beslutninger har kun en egenverdi hvis de påvirker organisasjonens omdømme, ved at beslutninger presenteres, og gir inntrykk av alvor og ikke bare prat (Brunsson, Brunsson, 2015:96-100).

3.3. Tverrsektorielt samarbeid

Samhandlingsreformen medfører at det blir stilt nye politiske krav til samarbeid mellom institusjoner og profesjonsutøvere for å sikre høy kvalitet på helse- og sosialtjenester. Willumsen og Ødegård henviser til studier som viser at tverrprofesjonelt samarbeid kan forbedre tjenestekvalitet. Det pekes på bedre måloppnåelse, bedre teamarbeid, forbedret kommunikasjon, samt høyere kompetanse hos helsepersonell. Resultatene i studiene understøtter oppfatningen om at det tverrprofesjonelle samarbeidet både er nødvendig for å dekke komplekse behov hos brukerne, og kan bidra til å øke effektivitet og kvalitet i tjenesteproduksjonen (Willumsen og Ødegård, 2014:25).

I samhandlingsreformen og samfunnsoppdraget kreves det at profesjonsutøvere og andre fagmiljøer i velferdssektoren har vilje til å bevege seg utenfor sitt kjente «territorium». Det

må skapes nye kommunikasjonsarenaer mellom tjeneste og brukere, og fag og forskning hvor møtene mellom disse vil gi grobunn for nye samarbeidsformer og innovasjon (Willumsen og Ødegård, (2014:28). Willumsen og Ødegård påpeker at forutsetningen om et stadig tettere samarbeid mellom ulike profesjonsgrupper, er et fellestrekk for endringene i velferds- og omsorgssektoren. Det gjelder det klassiske tverrfaglige samarbeidet innenfor det enkelte forvaltningsnivå, men også det tverrsektorielle samarbeidet med et sektor- og nivåovergripende preg. Dette påvirker samhandlingen både vertikalt og horisontalt i organisasjonene. Nye strukturelle føringer påvirker prosessene mellom ansatte og ledere, og legger føring for utøvelsen av lederrollen. Ved omfattende endringer utfordres altså tilliten i organisasjonen, særlig mellom leder og ansatte (Willumsen og Ødegård, 2014:253). I tilknytning til kompetanseutvikling i de to kommunene som jeg har studert, har det derfor vært sentralt å undersøke hvordan samarbeidet og kompetanseutvekslingen fungerer på tvers av helsetjenestenivåene i Vestfold. Dette har også vært hovedfokuset i kartleggingsarbeidet som er gjennomført i alle kommunene i Vestfold og ved Sykehuset i Vestfold.

En av departementets mål med Helsepersonelloven (1999), var å få en profesjonslov som stiller krav om forsvarlig yrkesutøvelse, men mindre profesjonstenkning og motsetninger (Willumsen og Ødegård, 2014:42). For at tjenestene skal være forsvarlig må det være klart hvem som har det overordnede ansvaret, der flere profesjoner og nivåer bidrar i helsetjenesten til den enkelte bruker. For at de overordnede målene for virksomheten skal kunne nås er det en forutsetning for ledere at hensiktsmessig og tydelig ansvarsfordeling klargjøres. Det ligger en effektivitetsgevinst i et samarbeid som er sømløst mellom yrkesgrupper og profesjoner, og det har vært fremhevet som en viktig gevinst av samhandlingsreformen. Det foreligger en lovfestet plikt til å samarbeide om individuelle planer for brukere med komplekse behov og inngå tjenesteavtaler, og spesialisthelsetjenesten har en plikt til å veilede og overføre kompetanse til fagpersoner i kommunal helse- og omsorgstjenester (Willumsen og Ødegård, 2014:44). Hvordan samarbeidet internt i kommunene på tvers av avdelinger og virksomheter fungerer, belyses både i studien i de to kommunene, og kartleggingen i alle de øvrige kommunene i Vestfold.

For å utvikle tverrfaglig samarbeid og kollektiv adferd ved strukturelle endringer, påpeker Willumsen og Ødegård at det forutsettes tillit, felles forståelse for målformuleringer og forventet adferd, og en opplevelse av rettferdighet (Willumsen og Ødegård, (2014:266). Tjenesteavtalene er et eget verktøy for å organisere et samarbeid der arbeidet er fordelt på en rasjonell og koordinert måte mellom yrkesutøverne. Gode pasientforløp er kjennetegnet ved at kjeden av hendelser og møte med de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte uten unødig ventetid (Willumsen og Ødegård, 2014:46). For å kunne påvirke profesjoners holdninger og samarbeid, fremhever Willumsen og Ødegård at det er viktig at det tverrprofesjonelle fokuset inngår som en del av de helsefaglige utdanningene. Der det legges til rette for læringsorienterte kontaktsituasjoner der deltakerne er jevnbyrdige, og atmosfæren er samarbeidsorientert framfor konkurransefremmende. Det er viktig at likheter mellom gruppene fremheves, men at det

også legges vekt på forskjeller (Willumsen og Ødegård, 2014:124). I hvilken grad samarbeidsavtalene påvirker samarbeidet mellom kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold, og om partene har tillit til hverandre belyses i studien i de to kommunene og i kartleggingsarbeidet i de øvrige kommuner og sykehuset.

Ved styring av sosiale reformer er det største problemet de avgrensingsproblemene som oppstår om reformen har et langt tidsperspektiv, høy grad av detaljering og mange aktører. Som Amdam og Veggeland sier, blir usikkerheten stor og det blir vanskelig å fastsette mål, vurdere løsninger og velge løsninger. Denne usikkerheten og de komplekse situasjonene, kan best møtes ved å forsøke å avgrense og forenkle problemene (Amdam, Veggeland, 2011:152-153). Et politisk styrt system vil måtte rette seg etter folkets ønsker, når politikerne abdiserer blir det umulig å stille de ansvarlige til regnskap. Gjennom samhandlingsreformen er den politiske kontrollen svekket, når politikere inntar en styrings- og administrasjonsrolle og forlater ombudsrollen (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:333). Sentrale myndigheter har nøydt seg med å beskrive noen formelle rammer og overlatt til kommuner og helseforetak å bestemme hvordan reformen skal utformes og iverksettes lokalt. Dette kan beskrives som svak reformdesign. Forskningsrådet skriver i sin rapport at kommunene har delte meninger om samarbeidsavtalene har hatt noen betydning for relasjonen til helseforetakene, at flere uttrykker at samarbeidet fortsatt ikke er likeverdig og at grenseflaten mellom foretak og kommuner ikke er et enhetlig fenomen (EVASAM, 2016:31).

Nordhaug påpeker at det i den enkelte virksomhet er et stort behov for å se og forstå sammenhenger og reagere hensiktsmessig ut i fra disse sammenhengene. Kompleksiteten krever større grad av systemtenkning for at virksomheten skal være i stand til å utvikle seg og skape noe nytt (Nordhaug, 2004:232). Som Dalin fremhever, kan spesialisert kompetanse gi ansatte gode ferdigheter, men føre til manglende forståelse av arbeidsoppgaver og teknologi i samarbeid ut over egne faglige grenser. Arbeidstakerne trenger en forståelse av helheten som oppgavene er en del av (Dalin, 1999:293). Tverrsektoriell ledelse er et område der metoder og kompetanse til nå er lite beskrevet. Den økende grad av spesialisering har skapt utfordringer i å skape koordinerte og sammenhengende tjenester. Det er barrierer i helsesektoren som handler om komplekse systemer, silotenkning, kulturkonflikter og fagkonflikter samt motstridende interesser økonomisk, profesjonelt og politisk. Barrierer for å få til et godt samarbeid på tvers av nivåer er kjent, og har et større fokus enn hvordan lederne alene kan fremme et godt tverrsektorielt samarbeid (Holm-Petersen, Sandberg Buch, 2014:5). Spesialiseringen i spesialisthelsetjenesten medfører et fokus som i for liten grad bærer preg av helhetstenkning. Hvordan dette påvirker helhetstenkningen i Sykehuset i Vestfold og kjennskapen til de kommunale helsetjenestene, er noe flere ledere er opptatt av i studien i de to kommunene og i kartleggingen i de øvrige kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold.

Samarbeidstiltak er ofte som Holm-Petersen og Sandberg Buch påpeker preget av ildsjeler, der man kan risikere at den enkelte blir utbrent eller søker seg til annet arbeid. Utvikling av

et tverrsektorielt samarbeid krever derfor både en frivillig og forpliktende koordinering, og at det fokuseres på helhetstenkning og vilje til å gå inn i frivillig arbeid ved rekrutteringen av ledere og medarbeidere. Det pekes også på at et større krav fra politikerne om sammenhengende og koordinerte oppgaver mellom virksomheter og sektorer vil være et viktig virkemiddel (Holm-Petersen, Sandberg Buch, 2014:12). Kravene til ledere og medarbeidere vil øke og nye løsninger må utvikles gjennom tverrfaglig samhandling, og på tvers av virksomheter og nivåer. Det skaper nye utfordringer og ansvarsområder, men også større rom for innovasjon og kreativitet (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, (2011:262). Det er lite forskning på ledelse på tvers av sektorer innenfor helse- og omsorgstjenesten, men krav til kompetanse for ledere er overlappende og kan sees i sammenheng med transformasjonsledelse (Holm-Petersen og Sandberg Buch, 2014:31). Samarbeidsutvalget for kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold har en sentral rolle i å forplikte partene og initiere prosjekter på tvers av nivåene som medfører mer koordinerte helsetjenester.

I dette kapitlet har jeg gjort en sammenstilling av teori som er relevant for å belyse og forklare mine funn i studien i de to kommunene og kartleggingen som er gjennomført i de øvrige kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold. De tre neste kapitlene vil inneholde empiri fra studien og funn fra kartleggingen som er kategorisert og analysert under overskriftene:

- Kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling i sykehjem og hjemmetjenester
- Kompetansedeling og kompetansesamarbeid
- Utviklingen av kompetanse etter samhandlingsreformen

4. Kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling i sykehjem og hjemmetjenester

I dette kapittelet vil jeg besvare spørsmålet: *Hvilken plan og strategi har sykehjem og hjemmetjenester for faglig utvikling og opplæring av helsepersonell?* For å utdype dette spørsmålet har jeg stilt spørsmål om aktuelle planer er basert på analyser av behov, hva som er styrende for prioritering av kompetanseutviklingstiltak, ledernes rolle og ansvar, læringskultur, læringsformer og kompetansemobilisering i sykehjem og hjemmetjenester i de to kommunene. For å belyse og forklare empiriske data har jeg benyttet perspektivene kompetanseplanlegging og kompetansestrategi, målstyring, leders ansvar og rolle, og mobilisering av kompetanse. Teoriene er blant annet hentet fra Nordhaug, Lai, Filstad og Dalin.

Kompetanseplaner er som Lai sier, en måte å strukturere, kvalitetssikre og standardisere faglig kvalitet og utvikling i tråd med utvikling av tjenestene. Planene kan være individuelle for hver enkelt ansatt, på avdelings- eller på virksomhetsnivå, og som en del av en kommuneplan. Kompetanseplaner bør bygge på analyser og definerte mål, og være koblet opp mot organisasjonens overordnede strategier. Ansvar for planlegging og gjennomføring bør være forankret i toppledelsen (Lai, 2013:14). Nordhaug betegner bedriftens total-kompetanse som hva bedriften som enhet er i stand til å gjøre, og som inneholder ansattes kompetanse samt felleskompetanser for grupper (Nordhaug, 2004:31).

Befolkningssammensetningen frem mot 2030 vil endre seg, og andel eldre blir mye høyere. Sykdomsbildet og behovet for helse- og omsorgstjenester vil bli preget av endringene i befolkningssammensetningen ved at de eldre i befolkningen forbruker en større andel av helsetjenestene. Den medisinske og teknologiske utviklingen og ytterligere spesialisering vil prege utviklingen av helse- og omsorgstjenester og behovet for kompetanse, og føre til endret arbeidsdeling og organisering mellom ulike yrkesgrupper både i kommuner og sykehus. Arbeidsdelingen er forventet å bli endret ved at det blir behov for nye yrkesgrupper med annen kompetanse enn det som tradisjonelt har vært ansatt i helsevesenet frem til i dag. Forskyvningen av oppgaver mellom profesjonene vil bli endret på bakgrunn av kompleksitet og volum av oppgaver. I mange organisasjoner nedlegges det mye arbeid i å beregne fremtidige behov for kompetanse og sammenholde dette med dagens situasjon (Nordhaug, 2004:34-35). Utviklingsbehovene har normalt sett et dynamisk preg og kan stadig være i forandring. Kompetansebehovet kan ta sikte på orientering mot nye muligheter eller som følge av beslutninger om organisasjonens fremtid (Dalin, 1999:153). For helse-sektoren vil særlig tjenesteutvikling, medisinsk og teknologisk utvikling være avgjørende for fremtidens kompetanseutvikling og læringsbehov.

Hva virksomheter trenger av kunnskap kan uttrykkes motstridende ut i fra at de ulike aktørene og profesjonene har forskjellige verdier og posisjoner. Politikere, administrasjon, ledere og ansatte med ulike profesjoner vurderer begrepene fra sine respektive posisjoner. Der politiker og administrasjonen er opptatt av kompetanse som styrker konkuranseevne og

posisjon, kan det stå i motsetning til profesjonenes eget kunnskapssyn som yrket legitimeres ut fra. En viktig diskusjon i kunnskapssamfunnet er balansen mellom samfunnets behov for teoretisk og allmenn kunnskap og virksomhetenes behov for praktisk og anvendt kunnskap, og om det skal være profesjonsfellesskapet eller utdanningssystemet som skal definere kravet til kvalifikasjoner og kompetanse. Om erfaringsbasert kunnskap ikke verdsettes på samme måte som utdanning, kan det få konsekvenser for hvordan kunnskapsdelingen skjer på en arbeidsplass. Begge former for kunnskap er nødvendig i en organisasjon (Filstad, 2015:120-122). Diskusjonene om viktigheten av praktisk og anvendbar kunnskap, blir stadig aktualisert i helsesektoren, der mange mener at utdanningene har utviklet seg til å bli for teoretiske med tanke på at studentene skal ut i praktiske yrker.

Det faglige nivået til helsepersonell er helt avgjørende for å oppnå ønsket utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester. Etter samhandlingsreformen har helse- og omsorgstjenestene utviklet seg i retning av at kommunene har fått brukere med mer komplekse behov for pleie og behandling. Utvikling av ansattes kompetanse har imidlertid ikke gått i takt med denne utviklingen. Det vil si at systemer for å sikre nødvendig kompetanse tilpasset tjenestenivået ikke er iverksatt eller har vært vanskelig å gjennomføre. Riksrevisjonen slår fast i sin undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen at to av tre kommuner bare i begrenset grad har styrket kompetansen blant de ansatte ved sykehjemmene og i hjemmetjenesten i form av videreutdanning. Dersom målet om en mer bærekraftig helsetjeneste skal nås, og at kommunene behandler og følger opp sykere og mer krevende pasienter, forutsettes det at kommunenes kompetanse styrkes (Riksrevisjonen, Dokument 3:5, 2015–2016:12).

Gjennom min tid som sykepleier og leder ved Sykehuset i Vestfold har jeg blitt mer og mer opptatt av at kompetanse er grunnleggende for all utvikling og samarbeid mellom sykehuset og helse- og omsorgstjenestene i kommunene. For å vite hvordan sykehuset i større grad kan bidra for å øke kompetanse på tvers av sykehus og kommuner, er det viktig å vite mer om hvordan kompetanse planlegges og styres i kommunene. Studien i de to kommunene i Vestfold og kartleggingen i alle kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold belyser dette temaet.

4.1. Hva finnes av kompetanseplaner?

Med troen på at planer for kompetanseutvikling har innvirkning på den faglige standard og kvalitet på helse- og omsorgstjenestene har det i første rekke vært viktig å undersøke om de to kommunene og virksomheter for sykehjem og hjemmetjenester har planer for kompetanse og om planene er kjent for ledere og ansatte. Som Lai påpeker bør den overordnede planen for kompetanse angi mål, tiltaksområder og retningslinjer for gjennomføring av tiltak innenfor de ulike områdene (Lai, 2013:15-16).

En av kommunalsjefene i studien i de to kommunene svarer følgende på spørsmålet om utvikling av kompetanse er definert i overordnede planer og strategier i kommunen:

“Ja, vi har en overordnet plan for hele kommunen, med felles tiltak for alle virksomhetene. Så har vi virksomhetsplaner, som skal lages årlig og skal inneholde årlig opplæringsplan. Jeg er ikke tett på dette arbeidet, men får de tilsendt av virksomhetslederne. Men jeg kjenner ikke til om enhetene har opplæringsplaner for nyansatte lokalt. Jeg er mest opptatt av det lovregulerte.”

Med dette utsagnet sier denne kommunalsjefene at det er ukjent hvorvidt virksomhetsplanene er operasjonalisert i avdelingsvise opplæringsplaner. Hva nyansatte får av opplæring er da ikke kvalitetssikret eller standardisert på et overordnet nivå i kommunen. Lovverket krever at helsepersonell har innsikt i hvilke rettigheter brukerne har, og hvordan de som helsepersonell skal opptre i kraft av Helsepersonelloven og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Skal leder sikre at lovreguleringer er kjent for medarbeiderne må det settes på agendaen og relateres til faktiske vedtak og situasjoner, slik at de får en forståelse av om det lovpålagte er oppfylt.

Lederne på avdelingene i sykehjem og hjemmetjenester i de to kommunene er usikre på om det finnes en overordnet kompetanseplan i kommunen, og en av avdelingslederne svarer, “Det gjør det sikkert”. En annen av avdelingslederne svarer:

“Det har i alle fall vært det, men er ikke sikker på om vi har det per i dag. Det burde jeg jo ha visst, men det har jeg ikke tenkt på.”

Disse utsagnene tyder på at hverken den overordnede kommuneplanen eller planen for virksomheten er kjent for disse avdelingslederne. Ved å si at det “sikkert finnes”, tenker de at det er naturlig at helse- og omsorgstjenestene har dette på overordnet nivå, men at det har vært lite fokus på å kommunisere og forankre planene nedover i organisasjonen. Ledere på sin side har i liten grad vært aktive for å etterspørre eller sette seg inn i dette på egenhånd.

Som Lai beskriver har det stor betydning at mål, strategier og resultater kommuniseres nedover i organisasjonen, både for å motivere medarbeiderne, øke lojaliteten til virksomheten og for å gi satsninger på ulike områder legitimitet. Det gjør det også lettere for den enkelte medarbeider å identifisere kompetansekrav og kompetansebehov som er relevante for arbeidsoppgavene. Lai viser til at forskning bekrefter at mengden av informasjon en medarbeider får synker parallelt med det hierarkiske nivå. Informasjonen om kompetansestrategier bør inneholde bakgrunn for valg av strategi, innholdet i strategien, hvilke tiltak som skal iverksettes og hvem som involveres og påvirkes (Lai, 2013: 33-34). Studien i de to kommunene viser altså at de overordnede planene for kompetanse ikke bidrar til å identifisere kompetansekrav og behov for avdelingsledere i sykehjem og hjemmetjenester i disse kommunene.

En av virksomhetslederne beskriver omfanget av ulike kommunale planer slik: “Ja, men det er mye. Er noe frustrert over alle planene”. Denne virksomhetslederen har tatt tak i dette,

ser på hvilke kompetanseplaner de bør ha, og vil forene de ulike kommunale planene. Her er det en virksomhetsleder som ser dette gapet mellom overordnede planer for kompetanse og hva det faktisk er behov for i virksomheten, og ønsker å forene kompetanseplanene på de ulike nivåene til å bli færre og mer relevant for dem som utøver helse- og omsorgstjenestene. Som mellomleder vil det kreve mye tid og ressurser og føles som byråkratiske øvelser å skulle utarbeide og vedlikeholde flere ulike planer for utvikling og kompetanse. Nordhaug påpeker nettopp at det er behov for en tett kobling mellom mål og strategi for bedriften og planlegging av menneskelig kompetanse, og det som hyppigst mangler er at medarbeidernes læring aktivt styres i forhold til bedriftens strategier på lang sikt (Nordhaug, 2004:34-35). På bakgrunn av for mange kommunale kompetanseplaner med ulikt fokus, så ser altså en av virksomhetsledere behovet for å knytte kompetanseplanene sammen for at det skal gi mening for avdelingslederne som skal realisere planene.

Årsaken til at mange kompetanseplaner ikke henger sammen med behovene forklarer Dalin på denne måten:

“Ledergruppen utarbeider en strategisk plan. Flere av de strategiske målene innebærer nye utfordringer for organisasjonen. Ledelsen bruker disse målene som utgangspunkt for å planlegge kompetanseutvikling knyttet opp mot utfordringene. En undersøker ikke om noe av kompetansen fins fra før” (Dalin, 1999:167).

Slik det ser ut i dag er det lite sammenheng mellom kompetanseplaner på overordnet nivå og hva som planlegges og gjennomføres av kompetansetiltak lokalt på avdelinger i hjemmetjeneste og sykehjem i de to kommunene der studien er gjennomført. Det er samtidig lite kjent for ledere og ansatte om kommunene har kompetanseplaner og eventuelt hva overordnede kompetanseplaner inneholder. De overordnede kompetanseplanene er som regel oppe til politisk behandling og skal vurderes av politikere uten helsefaglig bakgrunn. Det ser ut til at overordnede kompetanseplaner har liten verdi for ledere og ansatte som utfører helse- og omsorgstjenestene. Planer for kompetanseutviklingstiltak defineres i stor grad for den enkelte avdeling eller virksomhet, og det er få kompetansetiltak som er felles for flere eller alle virksomhetene i helse- og omsorgstjenestene i den enkelte kommune. Det tyder derfor på at overordnet kommunalplan ikke legger føringer for hvilke konkret kompetansetiltak som skal gjennomføres. Virksomhetene for sykehjem og hjemmetjenester i den ene kommunen har faglige satsningsområder som er førende for interne opplæringstiltak. Ellers har de i begge kommuner plan for internundervisning der temaer settes opp både på lang sikt og underveis ut i fra hva man ser av behov.

Utdanning er en form for kompetanseutvikling som krever økonomiske ressurser og tilrettelegging. Studien i de to kommunene viser at støtte til videreutdanning i all hovedsak er basert på egne ansattes ønske om å ta en videreutdanning i en eller annen retning. Det vil si at det i liten grad er en strategi fra virksomhetslederne på hva sykehjem og hjemmetjenester trenger av formell kompetanse de nærmeste årene. Virksomhetslederne avslår noen søknader om videreutdanning der det vurderes som ikke relevant for den aktuelle

virksomheten. Utvikling av formell kompetanse er viktig, men må henge sammen med den utviklingen og de kompetansebehovene helse- og omsorgstjenestene får i fremtiden, og ikke ene og alene være basert på individuelle ønsker og interesser. Kompetansekartlegging og kompetanseplaner må være førende for hvilke videreutdanninger ledere motiverer de ansatte til å gå inn i, for at intensjonene med samhandlingsreformen skal nås. Motivasjonen for å ta utdanning er sentralt for at sykehjem og hjemmetjenester skal nå sine kompetansemål.

Et viktig grunnlag for kompetanseplanlegging er altså kjennskap til den aktuelle virksomhetens og medarbeidernes kompetansebehov. Behovene for kompetanse endrer seg i takt med utviklingen av helse- og omsorgstjenestene og medarbeideres erfaring og formelle kompetanse. For å få tilstrekkelig kjennskap til hvilken kompetanse medarbeidere har og hvilke kompetanseområder det er behov for å stryke, er kompetansekartlegging et viktig steg i prosessen for å kunne gjøre de rette prioriteringene.

4.2. Kompetansekartlegging og behovsanalyse

Formålet med kompetansekartlegging er å identifisere hvilken kompetanse ansatte i organisasjonen har, og hva organisasjonen mangler for å kunne nå fremtidige mål. Som Lai sier, kan det være behov for å anskaffe, utvikle, mobilisere og avvikle kompetanse for å dekke de krav som er definert. For å komme frem til behovene benyttes ofte en form for gapanalyse eller avviksanalyse der kartleggingen forankres i kompetansekravene. Analysen bør ta utgangspunkt i organisasjonens overordnede mål. Analysen gir grunnlag for utforming av en helhetlig kompetansestrategi og tiltak (Lai, 2013:15-16).

Den ene kommunen i studien i de to kommunene har et verktøy for kompetansekartlegging som er implementert. I helse- og omsorgstjenesten i denne kommunen har de overordnede føringer om at alle avdelinger skal kartlegge kompetansen til sitt personale i medarbeider-samtalene, der de ansatte selv registrerer sin kompetanse. Avdelingsledere og overordnet ledelse har litt ulikt syn på nytteverdien av kompetansekartleggingen i praksis. Virksomhetsleder i hjemmetjenesten bruker dataene for å definere fokusområder for kompetanseutvikling i virksomheten. Avdelingslederne benytter ikke dataene fra kartleggingen for å definere kompetansebehov og kompetanseutviklingstiltak. Samtidig ser avdelingslederne at kompetanseutviklingstiltakene i de individuelle kompetanseplanene i stor grad preges av de ansattes ønsker om kompetanseutvikling, og i mindre grad baserer seg på gapet mellom kompetansekartleggingen og kompetansebehovene i den aktuelle virksomheten. Her er det altså et sprik mellom hvilken nytte de ulike ledernivåene ser av kompetansekartlegging og behovsanalyse per i dag.

Som Nordhaug fremhever finnes ulike systemer for kompetansekartlegging. I noen organisasjoner konsentreres kompetansekartleggingen om noen få kjernekompetanser og i andre virksomheter tas det sikte på å kartlegge nær sagt all kompetanse blant de ansatte.

Hensikten med å kartlegge nær sagt all kompetanse er det vanskelig å forstå. Det medfører et omstendelig arbeid som tar mye tid og gir lite avkastning. Slike omfattende ordninger oppfattes over tid gjerne som pliktløp, og oppdateres ikke med ny kompetanse som medarbeidere tilegner seg (Nordhaug, 2004:208-209). Utgangspunktet for kartleggingen er som Dalin presiserer, medarbeidernes funksjon, arbeidsoppgaver og forankret i krav til kompetanse. Videre benyttes kartleggingen til å analysere behovene for den enkelte medarbeider og virksomheten med sikte på tiltak for kompetanseutvikling (Dalin, 1999:216-217). Ved egenregistrering av kompetanse, som den ene kommunene har gjennomført, vil det være alt av kompetanse som den ansatte ønsker skal registreres som fremkommer, og ikke om kompetansen dekker definerte kompetansebehov. Det vil ta mye tid å strukturere og analysere denne typen kartleggingsdata.

I større bedrifter kan det være aktuelt å disponere personell på tvers av organisasjonen, og har nytte av et sentralt kompetansearkiv. Andre begrunnelser for at dette er nyttig er når prioriteringer av læringstiltak gjøres sentralt. Hvis prioritering og disponeringer skjer lokalt vil et sentralt arkiv ikke bli benyttet og oppfattes som unyttig (Dalin:1999:246). Studien i de to kommunene viser at det er definert faglige satsningsområder på virksomhetsnivå i den kommunen som har gjennomført kompetansekartlegging, men de bruker fagressurser lite på tvers av avdelinger og virksomheter. Det vil si at kartleggingen ikke benyttes for å disponere medarbeidere på tvers av avdelinger i sykehjem og hjemmetjenester selv om avdelingslederne gir uttrykk for at det både er ønskelig og behov for å anvende spisskompetanse i større deler av organisasjonen.

Innenfor helsesektoren benyttes ulike verktøy for kompetansekartlegging og kompetansestyring. Verktøyet som benyttes i større eller mindre grad i begge kommuner i studien er medarbeidersamtale. På spørsmålet om medarbeidersamtalen er et bra og nyttig verktøy svarer en av avdelingslederne:

“Nei. Vi har en urgammel plan for medarbeidersamtaler, jeg liker ikke å bruke den. Den er utgått på dato, synes jeg.”

Det fremkommer at medarbeidersamtalene i denne kommunen til nå ikke har munnet ut i en kompetanseplan for de ansatte. Avdelingslederne forklarer manglende oppfølging av medarbeidersamtalene delvis med at de er et ferskt lederteam som ikke har fått oppfølgingen inn i rutinen. Medarbeidersamtalen er som Dalin sier et virkemiddel for kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging og som i noen organisasjoner er godt implementert, og i andre organisasjoner blir introdusert, men ikke fulgt opp videre. Sentralt i medarbeidersamtaler står medarbeidernes behov for kompetanseutvikling, og i hvilken grad det kan imøtekommes. Det må ses i forhold til virksomhetens kompetanseutviklingsplaner (Dalin, 1999:187-190). I medarbeidersamtalen kan leder og medarbeider samtale om mål, resultater, arbeidsmetoder, kompetanseutvikling og lønn, og tilbakemelding og evaluering er en sentral del av samtalen. På denne måten er medarbeidersamtalen et nyttig lederverktøy i kvalitetsarbeidet (Garmannslund, 2000:127-128). Studien viser altså at

medarbeidersamtalene i den ene av de to kommunene, som i en del andre virksomheter, ikke benyttes etter intensjonene og ikke følges opp med kompetanseplaner for de ansatte.

Det viser seg at kommunene i undersøkelsen har tilgang på verktøy for kompetanse-kartlegging, men som avdelingsledere per i dag ser på som lite nyttig. Medarbeidersamtalen tar i liten grad utgangspunkt i virksomhetens behov og krav til kompetanse. Mål for utvikling av helse- og omsorgstjenestene er styrende for hva virksomhetene trenger av kompetanse. Derfor er det lederes ansvar å prioritere de tiltakene som gjøre det mulig å utvikle kompetansen som skal til for å oppnå målene.

Målstyring

Alt for ofte har ikke organisasjoner definert mål hverken for satsninger eller kompetanse generelt, og de har derfor ikke indikatorer for å måle resultater av kompetanse-utviklingstiltak. Manglende mål har ofte en sammenheng med mangel på strategisk forankring og lav prioritering av arbeidet med kompetanseledelse. Når kompetansemål er satt er det ofte slik at evaluering skjer etter svært kort tid, på en overfladisk måte eller at det ikke gjennomføres noen form for evaluering. Årsakene til manglende evaluering kan være at man tenker at resultatene vil synes av seg selv, eller at evalueringen i seg selv er for krevende og nedprioriteres i konkurranse med andre oppgaver (Lai, 2013:24-25). Filstad understreker at kompetansemål må resultere i mål på avdelingsnivå og individuelt for den enkelte medarbeider i tillegg til å være forankret på det strategiske nivå. Målene må være realistiske og med tilgang og ressurser til å gjennomføre tiltakene som må til (Filstad, 2015:231). Avdelingsledere i den ene kommunene i studien i de to kommunene beskriver at virksomhetsleder har et stort fokus på kompetanse og at de har kompetanse definert i mål og resultatstyringsdokumentet. Der fremgår det mål om å heve kompetansen innenfor spesifikke områder så og så mye, men det er gjerne begrenset til kun å gjelde økning i andelen med helsefaglig utdanning. Tilbud til ufaglærte om å ta helsefaglig utdanning har vært et generelt fokus i virksomheter for hjemmetjenester og sykehjem i alle kommuner i Vestfold de siste årene, noe de i stor grad har lyktes med. Gjennom Kompetanseløftet 2015, som nå er avløst av Kompetanseløftet 2020, er det bevilget midler som forvaltes av fylkesmannen til helsefagutdanninger og prosjekter for ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester (Vedlegg 6).

Kompetanseutvikling er vanskelig å måle. Det er lettere å måle gjennomførte tiltak enn den faktiske utviklingen av kunnskap og ferdigheter på individ og virksomhetsnivå. En annen måte å måle på er resultater som oppnås på bakgrunn av økt kompetanse. Eksempelvis kan dette være utvikling av nye helse- og omsorgstjenester. En viktig diskusjon når mål for kompetanse skal defineres er hva dagens og morgendagens helse- og omsorgstjeneste skal være, og hvordan den skal utvikles og avgrenses. Avdelingsledere etterlyser klarere mål og krav til "hvor de skal legge lista", og opplever at det er lite fokus på mål for kompetanse fra overordnet ledelse som gir dem en tydelig retning. Fokuset på målstyring er i større grad knyttet til økonomi og «produksjon» av helse- og omsorgstjenester. Når det settes mål om å

utvikle nye helse- og omsorgstjenester eller endre tjenestene, er det sjelden nedfelt delmål for kompetanse. Det medfører ofte at den kompetansen som forutsettes for å realisere endringene, først blir hensyntatt når det viser seg at nødvendig kompetanse ikke finnes, og må utvikles eller anskaffes ved nyrekruttering. Lederne på avdelingsnivå har ikke definert mål for kompetanse, men har tiltak og planer som er uavhengig av mål. Mandat og lederavtaler eller kontrakter beskriver hvilke forventninger og krav som settes til den enkelte leder. Mål for kompetanse er i liten grad definert i lederavtalene i studien av de to kommunene og det er større fokus på mer håndfaste størrelser i form av aktivitet, økonomi og bemanning.

I kommunehelsetjenesten er ansvaret for den faglige utviklingen desentralisert til virksomhetsledere og avdelingsledere med klare rammer, men uten klare resultatmål for den faglige utviklingen. Virksomhetene har potensial for kunnskapsutvikling, men det betyr ikke at det utvikler seg den type kunnskap som er ønskelig eller at det utvikles kunnskap i stor nok grad. Det understreker viktigheten av at potensialet utløses gjennom hensiktsmessige og målrettede aktiviteter (Filstad, 2015:141-142). Som Filstad understreker, må det derfor gjøres prioritering i forhold til kapasitet, hva som er viktig å utvikle for å nå målene og dekke kompetansekravene, og medarbeideres ønsker om kompetanseutvikling. Målene må sees i forhold til arbeidsoppgavene og hvordan leder og medarbeider tilrettelegger for at læring skjer gjennom praksis (Filstad, 2015:231). Med utgangspunkt i kompetansemål og kompetansebehovene er det altså leders ansvar å prioritere hvilke tiltak som skal til for alle eller grupper av medarbeiderne og motivere for deltakelse og faglig engasjement.

Hvordan prioriterer lederne de viktigste kompetansetiltakene?

Prioritering av kompetanseutviklingstiltak er gjerne basert på behov, men også på hva som organisatorisk og økonomisk er mulig å gjennomføre. Personalopplæring tilrettelegges både som interne og eksterne tiltak. I mange tilfeller er det økonomi som legges til grunn i valg av kompetanseutviklingstiltak, og vurderinger av nytteverdi av alternative kompetanseutviklingstiltak trekkes inn i diskusjonen. Det er ofte vanskelig å beregne nytteverdi av de ulike kompetansetiltakene, men for kvaliteten vil det være utbytte av opplæringen som er det viktigste. Økonomien trekker gjerne i retning av bedriftsinterne tiltak som oftest er betydelig billigere enn ekstern opplæring (Nordhaug, 2004:118-120). De kommunale virksomhetene har lave kursbudsjetter og må prioritere kompetanseutviklingstiltak med lave kostnader eller som aller helst er uten kursavgift. Avdelingslederne i studien i de to kommunene beskriver at det er vanskelig å prioritere kurs som koster, samtidig som det er behov for å leie inn vikar for den medarbeideren som er på kurs, en praksis som medfører ekstra lønnskostnader. Det kan også være vanskelig å skaffe vikarer som dekker behovet for kompetanse i andre medarbeideres fravær. Fagutviklingssykepleiere forteller at de lettere kan delta på kurs, fordi de har arbeidsdager der de ikke er medregnet i driften.

En prosess for å prioritere kompetanseutviklingstiltak kan være å engasjere ansatte til å definere kompetansebehovene før man legger økonomiske rammer for kommende år. De ansatte "har skoene på" og vet hva de trenger og ønsker seg av kompetanseutvikling. Det

fruktbare samspillet som oppstår mellom ulike organisasjonsnivåer når ansatte og ledere inviteres til å komme med synspunkter på behov, prioriteringer og forslag til kompetanseutviklingstiltak som kombineres med strategiske føringer, fremhever Dalin som viktig (Dalin, 1999:167-168). Kompetanseutviklingstiltakene må være relevante og realistisk å gjennomføre. Ledere bør altså sammen med sitt fagpersonell vurdere og diskutere hva de har av kompetanse og hva det er behov for videre av felles og individuelle kompetanseutviklingstiltak. Studien i de to kommunene viser at det planlegges internundervisning i virksomhetene i kommunene basert på innspill fra ansatte og løpende behov, men lederne beskriver at kompetanseutviklingstiltakene er vanskelig å gjennomføre i hverdagen. Plan for gjennomføring av kompetanseutviklingstiltak må derfor være med som et ledd i den helhetlige organiseringen, og ikke gjennomføres innimellom alle andre aktiviteter der det i utgangpunktet ikke er tid nok.

Deltakernes innflytelse i planlegging og gjennomføring av læringstiltak, blir sett på som en læringsfremmende faktor, blir fremhevet også av Lai. Det virker motiverende for deltakelse og gir erkjennelse til at medarbeiderne har verdifull innsikt i egne kompetansebehov. Deltakernes erfaringer av læringsutbytte legger betydelige føringer for anvendelsen av kompetanse og motivasjon for nye kompetanseutviklingstiltak (Lai, 2013:135-136). Det er store variasjoner i hjemmetjenester og sykehjem på hva som er systematisert og prioritert av kompetanseutviklingstiltak i kommunene i Vestfold i dag. Felles for de fleste virksomheter i helse- og omsorgstjenestene er at det arrangeres og tilbys kurs og opplæring i mange ulike temaer, men det er lite systematikk i at hele helsepersonellgrupper gjennomfører kompetanseutviklingstiltakene (Vedlegg 6).

Organisasjonsstrukturer og den enkelte arbeidsplass skaper og påvirker læringsaktivitetene og tilgang på læringsarenaer. Uformelle grupper kan påvirke hvordan medarbeidere jobber innenfor en formell struktur, og i praksis vil der være en kombinasjon av formelle og uformelle relasjoner som representerer læringsarenaene. Team, prosjekter, fadderordninger og nettverk er noen organisasjonsformer som kan fremme læring. Samtaler om jobbinnhold og felles praksis kan også fremme læring (Jacobsen, 2014: 196-209).

Undersøkelsen til Pia C. Bing-Jonsson i hjemmesykepleie og sykehjem i ni norske kommuner, avdekker at de ansatte særlig mangler kompetanse på helt sentrale sykepleieferdigheter som å gjøre de riktige observasjonene av pasienter til rett tid, gjenkjenne sykdomsforverring, sette i gang riktig tiltak til rett tid og håndtere prosedyrer⁸. Undersøkelsen til Bing-Jonsson kan sees på som et resultat av tilfeldige kompetansetiltak og manglende oppfølging av hva

⁸ <http://forskning.no/helse-aldring-sykepleievitenskap-samfunn/2016/02/syke-eldre-far-ikke-den-hjelpen-de-treng-god-nok>

som faktisk gjennomføres, der ledere verken har oversikt over ansattes ferdigheter og kompetanse eller setter krav til hvilket faglig nivå den aktuelle tjenesten skal ha.

Basert på funn i studien i de to kommunene og kartleggingen i de øvrige kommunene i Vestfold kan det konkluderes med at manglende systematikk i gjennomføringen av kompetanseutviklingstiltak, medfører at ansatt ikke settes i stand til å observere og iverksette nødvendig tiltak hos pasientene i sykehjem og hjemmetjenester. Studien i de to kommunene viser altså at det planlegges internundervisning der ansatt får komme med innspill til temaer for internundervisning, men det er i liten grad lagt til rette for at læringsaktivitetene lar seg gjennomføre på en systematisk måte.

4.3. Læringsformer

Alternative måter å organisere opplæring og kompetanseutvikling på er kurs og ferdighetstrening i små grupper, e-læring, teori og faglig fordypning, nettverksgrupper, mentoroppfølging eller rutineutvikling og implementering. Utvikling av medarbeideres kompetanse kan skje gjennom planlagte tiltak, men også ved usystematiske aktiviteter og ubevisst læring. Kompetanseutvikling skjer gjennom forskning og utviklingsarbeid og personalutvikling gjennom formell og uformell læring.

Lederne i begge kommuner planlegger korte internundervisninger der tema i stor grad styres av de ansatte og fagutviklingssykepleiere, og det er litt tilfeldig hvem som har mulighet eller prioriterer og delta. Den minste kommunen har mer fagaktiviteter som er felles for virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten enn den andre kommunen. Ellers skjer det meste av den løpende fagaktiviteten som avdelingsvis internundervisning, og foregår gjerne på slutten av dagen eller i lunsjen. Der møter i all hovedsak de som er på jobb eller skal på aftenvakt. En av fagutviklingssykepleierne beskriver oppmøte på internundervisningen som jevnt over bra, og sier:

“Det er en og en halv time. Kommer det 5 så er vi fornøyd, og kommer det 40 så er vi kjempefornøyd, fordi det er litt avhengig av tema. Jeg vil tippe at det har vært fra 7-8 til 40.”

Med et slikt mønster i deltakelse er ikke dette tiltaket alene godt nok for å kvalitetssikre nødvendig kompetanse for hele personalgruppen, men kan være et bidrag til at de ansatte synes de får faglig påfyll i hverdagen og en arena for å ta opp fagtemaer til diskusjon. Denne måten å drive fagutvikling vil bidra til store individuelle forskjeller på den kompetanse de ansatte innehar over tid. Det gir mindre fleksibilitet i den daglige organisering og fordeling av arbeidsoppgaver, og begrenser for videre utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

Brunsson viser til at lederes handlekraft i organisasjoner gjerne er basert på å få medarbeidere til å gjøre bestemte oppgaver i fellesskap og samordnet. Ledere styrer gjennom å ta beslutninger, og har også rett til å kontrollere at beslutningene gjennomføres. Årsaker til at beslutninger ikke følges kan være, som Brunsson sier, at de er altfor rasjonelle,

at leder og medarbeidere har ulike interesser eller at medarbeiderne mener at målene kan nås på en annen og bedre måte. Det er ikke sikkert det er så tydelig hva beslutningstakeren mener. Beslutningen kan være formulert slik at den kan tolkes på ulike måter (Brunsson, Brunsson, 2015:84-92). Studien i de to kommunene viser at det ikke er lagt føring for deltakelse på internundervisning og selv om aktivitetene inngår i avdelingens plan for kompetanseutviklingsaktiviteter, er det nærmest frivillig å delta. Uten en klar beslutning om medarbeidere skal delta på undervisning, er det vanskelig å nå mål med slike kompetanseutviklingstiltak.

Nordhaug forklarer sertifisering som en form for kvalitetssikret opplæring, med testing av at prosedyrer og kompetansen tilfredsstiller kravene. Dette er en standardisert måte å sikre at minimumskrav til kompetanse er dekket (Nordhaug, 2004:135). Sertifisering benyttes på en del områder i helsetjenesten for å sikre at ansatt og virksomheten har den kompetansen som kreves når for eksempel akutte hendelser oppstår. På spørsmål om virksomhetene i studien i de to kommunene har noen form for sertifisering årlig, svarte avdelingslederne og fagutviklingssykepleierne i den ene kommunen at de ikke har noen form for sertifiseringer, og i den andre kommunen, "vi har en gjennomgang nå og da". Denne kommunen har plan for opplæring i hjerte-lungeredning årlig, men har ikke klart å følge dette opp. Unntaket er i sykehjemmene der kommunen har bedre dekning av fagutviklingssykepleiere, hvor de gjennomfører kurs i hjerte-lungeredning en gang i året for alle ansatte. Lederne beskriver at lederstøtte eller fagutviklingsressurser er avgjørende for å kunne planlegge og gjennomføre slike sertifiseringstiltak i virksomheter med mange ansatte.

Opplæring og utdanning er som Nordhaug fremhever en indirekte aktivitet som gjør det mulig å utføre arbeidsoppgaver og tilby tjenester. Det kreves også kompetanse for å velge, utføre og koordinere aktiviteter. Gjennom utdanning overføres kompetanse på en systematisk måte som ofte er av en generell karakter, og som styrker virksomhetens verdis beholdning (Nordhaug, 2004:220-221). Studien i de to kommunene viser at det legges til rette for videreutdanninger gjennom å gi permisjoner og økonomisk tilskudd til de videreutdanninger som er relevante for virksomhetene i sykehjem og hjemmetjenester. Den ene kommunene har også et kompetansetillegg som er en form for belønning for gjennomført videreutdanning. Videreutdanninger styrker grunnkompetansen, men erstatter ikke behovet for andre kompetanseutviklingstiltak der det praksisnære i den enkelte tjeneste og situasjon trenger en form for kvalitetssikring og oppdatering. Som Brandi, Hildebrandt og Nordhaug understreker, kreves det at læringen skjer med forståelse og overføringsverdi for at den tilegnede kompetansen skal kunne benyttes i ulike situasjoner og utvikles i takt med endringer. Det betyr at kunnskap og ferdigheter tilegnes på en slik måte at de kan brukes i nye situasjoner, og bygger på tidligere erfaringer (Brandi, Hildebrandt, Nordhaug, 2001:143-146). Det er altså et argument for at helsefaglige utdanninger generelt bør ta utgangspunkt i den aktuelle virkelighet og det som er behovet i helsetjenestene i fremtiden.

På samme måte som sykehusene, plikter enhver kommune å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell under utdanning. Kommunene skal også medvirke og tilrettelegge for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det gir et bedre grunnlag for å drive kunnskapsbasert undervisning og veiledning når personalet er oppdatert og forskningen er en integrert del av praksis (St.meld. 26, 2014-2015:58). Kartleggingen i alle kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold viser at det er lite forskningssamarbeid mellom kommunene og sykehuset eller mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner i Vestfold. Lederne i kommunene ønsker et forskningssamarbeid de i større grad ser nytteverdien av i praksis (Vedlegg 6). En av avdelingslederne i studien i de to kommunene henviser til at:

“Kommunen har sagt at vi skal jobbe kunnskapsbasert, så vi streber etter å få det ut til ansatte. Vi har 2 prosjekter nå, med implementering av det å lære å jobbe kunnskapsbasert.”

Kunnskapsbasert praksis baserer seg på at sykepleietiltak og metoder skal være begrunnet i forskning og “best praksis” som er testet og evaluert. Det er en syntese av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Som Filstad understreker, rangeres den evidensbaserte, eksplisitte og målbare kunnskapen høyest i kunnskapshierarkiet og betegnes som mest verdifull i den moderne vitenskapen. Mindre verdifull betegnes kunnskap som er taus og subjektiv og er basert på mange års erfaring (Filstad, 2015:121). Det finnes potensiale i den livslange utviklingen og erfaringsbaserte læringen, men det krever at learning-by-doing legitimeres som læringsform og at det blir naturlig å søke jobbnære utfordringer, fremfor at fokuset dreier seg om kursprogrammer og konferanser (Brandt, Hildebrandt, Nordhaug, 2001:47).

Utvikling av kompetanse for helsepersonell i hjemmetjenester og sykehjem er i stor grad basert på observasjon og utførelse av praktiske arbeidsoppgaver. Taus og erfaringsbasert kunnskap er viktig for kunnskapsdelingen når medarbeidere praktiserer sammen. Når ansatte er sammen om å løse oppgaver gir det også mulighet for felles refleksjon og felles løsninger. Refleksjon vil som Filstad sier være utgangspunktet for å finne gode argumenter på hvilken løsning som er mest hensiktsmessig. Det ansatte ikke får forklart har de mulighet for til å vise i praksis. Verdien av denne formen for kunnskapsutvikling aksepteres av medarbeiderne, men som Filstad understreker krever det fokus, tilgjengelighet og tid for å kunne gjennomføre i en hektisk hverdag. I en organisasjon vil kunnskap henge sammen med posisjonering og makt, der forholdet mellom formell kompetanse og lang erfaring krever tillit for at medarbeidere skal ønske å dele erfaring og kunnskap (Filstad, 2015:137). Medarbeidere som innlemmer hverandre i faglige utfordringer motiverer hverandre til å søke mer kunnskap, og er som Wadel fremhever antakelig den viktigste samhandlingsformen for læring og deling av kunnskap (Wadel, 2008:98).

Det tar tid å dele kunnskap. Filstad påpeker at det er viktig å fokusere på at kompetansedeling er viktig. Ledere bør tilrettelegger for og oppfordrer medarbeidere til å

benytte læringsarenaer der man lærer ved å observere kolleger eller løse oppgaver i samarbeid. Denne læringsformen er viktig både for nyansatte og etablerte. Det forutsettes tillit blant kolleger for at observasjon og læring gjennom samarbeid i praksis skal bli gode læringsarenaer. Tilliten er viktig for at den enkelte skal tørre å bli eksponert og vise det en kan, og ikke minst det en ikke kan. Opplevelsen av opplæringssituasjonene er også viktig for motivasjonen til å utvikle og dele kunnskap, og selv oppsøke nødvendige læringsarenaer (Filstad, 2015:243). Deling av kompetanse mellom kolleger blir mest fruktbart gjennom mål for samarbeidet, som fører til at det blir mer forpliktende (Filstad, 2015:231).

Ferdighetstrening og simulering er en læringsform som anvendes mer og mer både i sykehuset og i kommunene. Det fremkommer i kartleggingen i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold at det finnes tre ferdighets- og simuleringssentere i Vestfold som tilbyr kurs og opplæring. Kommunene benytter disse tilbudene i ulik grad og velger ulike arrangører. I tillegg har mange av kommunene etablert egne ferdighetsrom lokalt i den enkelte kommune. Ferdighetsrommene er foreløpig lite i bruk og er rigget med ulikt utstyr for bruk i opplæringen. Opplæringen gjennomføres med ulikt innhold og form, det er ikke standardisert og instruktørene har ikke samme sertifisering og opplæring. På dette området er det behov for bedre koordinering og standardisering, og at det i kommunene prioriteres instruktørressurser for å drive opplæringen (Vedlegg 6).

Studien i de to kommunene viser at læringsformer som benyttes i dag i hovedsak skjer internt i virksomhetene, med hovedfokus på det praksisnære som knytter seg til konkrete oppgaver og vurderinger. Deltakelse og gjennomføring viser seg å være varierende og det stilles lite krav fra lederne. Kompetanseutviklingen har generelt størst fokus på medarbeider som allerede er ansatt i virksomhetene, men rekruttering av gode medarbeidere med ønsket grunnkompetanse er også en viktig kilde til å møte fremtidige behov for endring og videreutvikling av helse- og omsorgstjenestene. Opplæring og introduksjon av nyansatte er i tillegg en viktig del av rekrutteringsprosessen og for å gjøre virksomhetene attraktive.

4.4. Rekruttering og opplæring av nyansatte

Utvikling av medarbeideres kompetanse har fått et stadig større fokus i den strategiske tenkningen, fordi kunnskap og kompetanse i organisasjoner generelt er en av de viktigste konkurranseparametere. Dermed legges det vekt på å identifisere, utvikle og beholde kjernekompetanse. Utviklingen krever også et større fokus på medarbeideres evne til å tilegne seg ny kunnskap. Med økt mobilitet i arbeidsmarkedet, skjerpes konkurransen om å tiltrekke seg og beholde de beste medarbeiderne.

Lederne i kommunene i studien beskriver at unge arbeidstakere er mye tydeligere på hva de vil, og hva de vil ha av utviklingsmuligheter på arbeidsplassen. Brandi, Hildebrandt og Nordhaug henviser til undersøkelser som viser at unge vil jobbe i virksomheter som tilbyr personlige utviklingsmuligheter, individuell fastsettelse av lønn og arbeidstid, og etter-

utdanning. De unge vektlegger personlige ambisjoner fremfor firma og “korpssånd”, og har ikke ambisjoner om å være ansatt på samme sted mange år i strekk. Utfordringen da er å bruke ressurser på å utvikle medarbeidere som med stor sannsynlighet forlater virksomheten etter få år. Samtidig vil det være en god investering å skape en god organisasjonskultur som tiltrekker seg gode arbeidstakere og investere i de nyansatte slik at de blir gode ambassadører og kan inngå i det eksterne kunnskapsnettverket når de slutter i virksomheten (Brandi, Hildebrandt, Nordhaug, 2001:60). I studien i de to kommunene fremhever avdelingsledere at det er krevende å rekruttere personell med helsefaglige utdanning. Det er konkurranse i arbeidsmarkedet og det er behov for bedre opplæringsprogram for nyansatte i sykehjem og hjemmetjenester.

Kartleggingen i alle kommunene i Vestfold viser at de fleste av de større virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten i kommunene har introduksjonsprogram for nyansatte i sjekklisterform, som i hovedsak inneholder system- og rutineopplæring. Det er store variasjoner på hva som er vektlagt av fagtiltak i opplæringen i like virksomheter i kommunehelsetjenesten i Vestfold. Fellestrekkene er at det er definert mange kompetansetiltak, men det er lite system for gjennomføring av opplæringstiltakene (vedlegg 6).

Virksomhetsleder i den ene kommunene i studien mener at de ikke har systematisert nyansattopplæringen godt nok og understreker poenget slik:

”Vi har nylig definert innholdet i en sjekklister for nyansatte, men den er ikke implementert.”

Den andre kommunen i studien har mange enkelttiltak, men ikke en helhetlig plan. En av avdelingslederne formulerer seg slik:

”Noe standard på opplæring av nye må vi jo få til, det hadde vært fint. At det hadde vært hele dager som blir satt av, som legges inn i budsjettet, så det er planlagt. Det hadde vært et godt tiltak for oss.”

Opplæringsprogrammer i sykehjem og hjemmetjenester er i all hovedsak utviklet på hver avdeling med lite felles. De ser potensialet i å utvikle noe mer felles og har det som et pågående tiltak i den ene kommunen. Ledere på flere nivåer i begge kommunene i studien mener de har for dårlig system for nyansattopplæring og at de særlig trenger å systematisere flere kompetanseutviklingstiltak for sykepleiere. Kommunalsjefene mener at opplæringsprogram for nyansatte ikke er ivaretatt godt nok. Den ene av kommunalsjefene påpeker at det overordnede opplæringsprogrammet i kommunen er lite spesifikt, og de har ikke et eget overordnet opplæringsprogram for helse- og omsorgstjenesten. Kommunal-sjefene kjenner lite til hva som er av opplæringsprogram på avdelingsnivå. En virksomhetsleder i studien i de to kommunene beskriver status vedrørende nyansattopplæring ved å si:

”Ja, vi har jobbet med en opplæringsplan for virksomheten med overordnede temaer, men mangler en virksomhetsplan. Har mange enkelttiltak, men ikke i en helhetlig plan.”

Ved rekruttering til helse- og omsorgstjenestene i kommunene, beskriver ledere at det fortsatt er vanskelig å ha absolutte krav om formell kompetanse fordi tjenestene mangler hender og må rekruttere ufaglært arbeidskraft. Det settes stadig større krav til at de ufaglærte som rekrutteres må ta en helsefaglig utdanning, som helsefagarbeider eller sykepleier i løpet av en gitt periode.

Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet med planen er å bidra til faglig sterke tjenester, og bidra til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Framskrivninger av arbeidsmarkedet for helsepersonell viser en akkumulert underdekning av de største utdanningsgruppene i omsorgssektoren på om lag 55 000 årsverk i 2030. Rekrutteringsbehovet kombinert med denne underdekningen vil medføre at det i perioden etter 2020 vil bli nødvendig å rekruttere bredere etter personell med annen bakgrunn enn helsefaglig (St.meld. 29, 2012-2013:43). Utfordringen vil i tillegg til mangel på arbeidskraft være om arbeidskraften har riktig kompetanse. Dette vil true både kapasiteten og kvaliteten på tjenestetilbudet. I St.meld. nr. 26 beskrives det på denne måten:

“Å styrke kompetansen fordrer systematiske tiltak som gjør det attraktivt å jobbe i kommunene, som øker og utvikler kompetansen til eksisterende personell og bedre utnytter den kompetansen som allerede finnes” (St.meld. 26, 2014-2015:58).

Det er økende mobilitet på arbeidsmarkedet i dag og opplæring er en viktig del av rekrutteringsprosessen generelt. Hyppigere jobbskifter medfører at de som rekrutteres har mer erfaring med å være nyansatt. Det har blitt et økende fokus på nyansattes læring og bruk av introduksjonsprogrammer, og det er i større grad en forventning fra nyansatte at organisasjonen har et opplæringsopplegg (Filstad, 2015:163-164). Fokus på kompetanseutvikling gir spennende arbeidsplasser, påvirker omdømme og tiltrekker seg gode fagpersoner. Det er mange eksempler på at aktuelle jobbsøkere skyr virksomheter med dårlig image og renommé. Faglige krav bidrar til å heve standarden i virksomheten, noe som øker stoltheten og opplevelsen av å være på “vinnerlaget” (Nordhaug, 2004:266-2).

En viktig faktor for at medarbeidere velger å bli i virksomheter generelt, er altså at de får utviklingsmuligheter, får brukt sin kompetanse og ikke føler seg overkvalifisert. Generelt har ledere ofte et stort fokus på rekruttering og kompetanseutvikling, men lite planer og tiltak for mobilisering av medarbeidernes kompetanse til spesifikke områder eller arbeidssituasjoner. Mange ledere tror at relevant kompetanse automatisk blir brukt, men både organisasjonsstrukturen og arbeidsmiljøet er avgjørende for mobilisering av kompetanse.

4.5. Kompetansemobilisering

Det er først når kompetanse blir brukt på en relevant måte at den bidrar til måloppnåelse og verdiskapning. Tiltak for å sikre at kompetanse faktisk blir brukt er avgjørende for at satsning

på kompetanse skal gi ønskede resultater. Som Lai nevner, viser forskningen at mange medarbeidere ikke får utnyttet kompetansen sin, de går på tomgang og får ikke relevante oppgaver og utfordringer. Det er et lederansvar å legge til rette for å høste størst mulig gevinst av investeringer i kompetanse, og det er viktig å ha kunnskap om hvilke faktorer som er avgjørende for høy kompetansemobilisering. Det at kompetanse blir benyttet er på mange måter det viktigste i den strategiske jobbingen med kompetanse (Lai, 2013:18). Tilgjengelig kompetanse kan betraktes som forvaltningskapital, og mobilisering av kompetanse bør i analysen ha like stor oppmerksomhet som spørsmålet om tilgjengelig kompetanse dekker kravene (Lai, 2013:15-16). I studien i de to kommunene beskriver lederne at det foreligger lite planer og muligheter for å bruke kompetanse på tvers i virksomhetene, og at rollen til sykepleiere med videreutdanning ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for å få benyttet deres tilleggskompetanse. Mobilisering av kompetanse er vanskelig i sykehjem og hjemmetjenester foruten å planlegge pasientfordelingen slik at kompetansen nyttiggjøres best mulig. Lederne beskriver de organisatoriske utfordringene slik:

“Vi har ikke spesialsykepleiestillinger, så de med videreutdanning må fortsatt gå i vanlig sykepleiestilling og gjøre de samme oppgavene når de er ferdig. Hvis vi skal få det til må vi ha mer ressurser.”

Det fremkommer i studien i de to kommunene at det er lite prosess i sykehjem og hjemmetjenester for å spre kompetansen videre fra dem som deltar på undervisning og kurs og til resten av personalgruppen. Avdelingslederne sier at det er vanskelig å få kompetanse-spredning til i det daglige og at det krever tid og ressurser. Ved deltakelse på eksterne kurs er det gjerne en og to som får delta og kunnskapen er vanskelig å spre blant det øvrige personalet. Kartleggingen i de i andre kommunene i Vestfold viser at spredning av kompetanse sannsynligvis er en felles utfordring for de fleste kommuner og derfor krever en satsning både lokalt og på tvers. Lav kompetansemobilisering vil som Lai påpeker, føre til at den enkelte medarbeider taper motivasjon og mening og ofte kan ha negativ innflytelse på kolleger og arbeidsmiljøet (Lai, 2013:153-156).

I utvikling av tjenestene i sykehjem og hjemmetjenester er det behov for mer kompetanse, og det er viktig at virksomhetene klarer å nyttiggjøre seg av kompetansen som er anskaffet og utviklet. Som Lai fremhever bør organisasjoner som vil satse på utvikling og innovasjon være spesielt opptatt av kompetansemobilisering for å motivere medarbeidere til å bidra, og at det ikke blir et ensidig krav fra ledere eller organisasjon (Lai, 2013:153-156). Hvis sykehjem og hjemmetjenester skal nå sine utviklingsmål er det altså ledernes ansvar å identifisere, planlegge og iverksette tiltak for kompetanseutvikling. Kompetanse er sentralt for å kunne realisere andre driftsmessige mål i disse tjenestene. Hvilken rolle ledere og medarbeidere har og tar er avgjørende for at kompetanseutviklingen skal tilfredsstillе samfunnets utvikling og forventninger.

4.6. Lederrollen i kompetanseutviklingen

Hvilken rolle ledelsen skal ha og hvilke krav som stilles endrer seg stadig i forhold til hvilke utfordringer organisasjonen har. Dette uttrykker Filstad på denne måten:

“Krav om innovasjon og konkurransefortrinn, krav fra medarbeidere om kompetanseutvikling, forventninger til selvledelse, fleksibilitet og medarbeidertilfredshet, blir avgjørende for hvilken type ledelse som er nødvendig.”
(Filstad, 2015:225)

Det vil si at ulike situasjoner og saksområder krever ulike ledelsesformer i en organisasjon. Ved transaksjonsledelse konsentreres hele oppmerksomheten på å korrigere underordnedes atferd slik at den er i samsvar med gjeldende regler og rutiner. Ledere har da gjerne større fokus på avvik, feil og instruksjoner enn å forbygge og heve kvaliteten på lang sikt ved en målrettet satsning på kompetanse. Helsetjenestene er preget av en del prosedyrer og rutiner som er med på å kvalitetssikre at pasienter og brukere får riktig oppfølging og behandling. Kommuner og sykehuset har tilgang på læringsplattformer med e-læringskurs, og hvor gjennomføringen av kurs og opplæring dokumenteres. Dette er verktøy som gjør det mulig for ledere og fagutviklingssykepleiere å holde oversikt over og styre hvilke tiltak som prioriteres for hvilke helsepersonellgrupper. Standardiserte tiltak som preger opplæring av ansatte i sykehjem og hjemmetjenester er gjerne rutiner på den enkelte arbeidsplass og systemopplæring i pasientadministrative systemer. Kartleggingen i kommunene i Vestfold viser at den faglige kvaliteten i liten grad er sikret med opplæring for hele helsepersonellgrupper i konkrete prosedyrer (Vedlegg 6). Det betyr at ledere i liten grad pålegger og følger opp at ansatte tilegner seg den kompetansen som er nødvendig og om ansatte opptre i tråd med gjeldende prosedyreverk. Virksomhetslederne i begge kommunene i studien legger vekt på at de bruker avvik i forbedringsarbeidet. I den ene kommunen benyttes årsaksanalyser til å avdekke hva som er årsak til feil og om det eventuelt kan forklares med for lite eller manglende opplæring av ansatte. Myndighetene er opptatt av at kommunale helse- og omsorgstjenester har gode styringssystemer for rutiner, prosedyrer og avvikshåndtering.

Ved transformasjonsledelse fokuserer ledere på medarbeideres styrker og delegerer utfordrende oppgaver som gir muligheter for personlig vekst, tar hensyn til individuelle forskjeller og er opptatt av medarbeidernes medvirkning. I studien i de to kommunene beskriver lederne at det er vanskelig å legge til rette for at de ansatte kan få brukt spisskompetanse, og at de er avhengig av den generelle kompetansen og fleksibiliteten i organiseringen og fordelingen av arbeidsoppgaver. Lederne i disse kommunene er samtidig opptatt av at medarbeidere får utvikle seg i form av videreutdanning eller internundervisning som de ønsker seg eller mener de har behov for. Denne praksisen bidrar til at de ansatte opplever at ledere imøtekommer behovet for personlig utvikling. Som Glasø og Thompson viser til vil transformasjonsledelse gjennom å gi medarbeidere utfordringer og utviklingsmuligheter, være mer effektiv enn transaksjonsledelse der det er fokus på avviksstyring og standardisering. Det er imidlertid viktig å kunne bruke begge ledelsesformene. (Glasø, Thompson, 2013:20-28).

Som Filstad påpeker må lederen først om fremst fremstå som tilrettelegger og veileder og ha fokus på læring og kunnskapsutvikling for at organisasjonen skal utvikle en sterk læringskultur. Det fordrer et kontinuerlig fokus, en rød tråd i lederskapet. Læringen må ha et mål og en hensikt slik at ikke målet er å lære meste mulig. Gjennom definerte mål er ledere i stand til å tilrettelegge og veilede medarbeiderne for å nå disse målene (Filstad, 2015: 228-229). I studien i de to kommunene fremgår det i liten grad at det er avdelingslederne som legger premisser for kompetanseutviklingen i form av kompetanseplaner, hva de forventer av den enkelte og hvilke utdanninger og spisskompetanse det er behov for i virksomhetene for sykehjem og hjemmetjenester fremover i tid. Fagutviklingssykepleiere er sterke fagpersoner og viktige ressurser og noen av dem tar en uformell lederrolle i avdelinger med nye eller svake ledere. Enkelte avdelingsledere i studien i de to kommunene unngår å legge føringer for opplæring og fagutvikling. De oppfatter at de har uklare forutsetninger for å definere hva det er behov for og peker på overordnet ledelse. Dette kan kalles det Glasø og Thompson betegner som "Laissez faire"-ledelse, som er den lederstilen som er minst effektiv. Der forsøker ledere å skyve ansvar over på andre og unnlater å ta tak i problemet (Glasø, Thompson, 2013:20-28).

For å fremme faglig utvikling i sykehjem og hjemmetjenester gjennom helsefaglige grunnutdanninger og videreutdanninger, må avdelingsledere motivere medarbeidere og peke på at utdanningen vil fremme personlig vekst og utvikling, samtidig som det vil stryke felleskompetanse og bidra til å dekke fremtidige kompetansebehov i virksomhetene. Det er derfor viktig, som Glasø og Thompson påpeker, at leder og virksomheten kan legge til rette for at utdanninger kan gjennomføres i kombinasjon med familie og arbeid, tar hensyn til underordnedes behov og motiver og hjelper dem til og nå sitt fulle potensial (Glasø, Thompson, 2013:16). I kartleggingen i kommunene i Vestfold beskriver ledere at det legges til rette for utdanning, men noen av ledere sier samtidig at det er vanskelig å motivere ansatte til å ta videreutdanninger, særlig de som er godt voksne og har vært ansatt en stund. Det er lettere å motivere til deltakelse på kurs (Vedlegg 6). For å kunne dekke kompetansebehovene i kommunale helse- og omsorgstjenester i fremtiden er virksomhetene i kommunene avhengig av ansatte med helsefaglige grunnutdanninger og videreutdanninger. Dalin understreker at resultatene oppnås gjennom medarbeidernes innsats. Medarbeiderne må være motivert og ha egnet kompetanse for å kunne arbeide effektivt mot målene. Er de ikke motivert må lederen arbeide for å få de ansatte motivert, Er de ikke kompetente må leder legge til rette for kompetanseutvikling. Leder har ut i fra dette et naturlig ansvar som ikke kan skyves over på medarbeiderne (Dalin:1999:114).

En av avdelingslederne i studien i de to kommunene beskriver på denne måten hvor viktig nærhet til medarbeidere er for å kunne avdekke kompetansebehov, motivere og gi tilbakemeldinger:

"Hvis de har det bra, så får pasientene det bra. Hvis jeg bare ser pasienten som de ønsker at jeg skal ha stort fokus på, hvem ser de ansatte som utøver den tjenesten som trenger den kunnskapen. (...) Jeg tenker at vi som sitter som mellomledere, vi

ser hva som skjer. Vi sitter i en skvis, så hvordan vi utøver ledelse, det er med på all den kunnskapen de får eller ikke får.”

Denne avdelingslederen er tydelig på at så lenge hun holder seg innenfor rammene så er hovedfokuset de ansatte. Tydelig og synlig ledelse vil kunne inspirere til et positivt læringsmiljø, som gjør at en beholder flinke fagfolk. Det vil gjenspeile seg i trivsel på arbeidsplassen og en høyere kvalitet og grad av service i tjenestene. Stokkeland og Kaarbø beskriver dette slik:

“Gode tjenester og god forvaltning forutsetter god intern kommunikasjon og internt samspill. Et godt indre klima smitter over på omgivelsene.” (Stokkeland, Kaarbø, 2014:106)

For å utvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene er kommunene avhengig av gode fagpersoner og kompetente ledere. Det er vanlig i helsesektoren generelt at dyktige fagpersoner forfremmes som ledere, og som en av kommunalsjefene sier, er det ønskelig å rekruttere gode fagpersoner i lederrollene. Hübertz Haaland og Dale nevner at, når fagpersoner går inn i en lederrolle for første gang og skal utvikle en lederidentitet må de først gi slipp på identiteten som fagperson og individuell bidragsyter. Mestringsfølelsen de har hatt i fagrollen erstattes med usikkerhet og utrygghet. En ny leder står gjerne ikke med blanke ark, men arver også en posisjon som er formet av forgjengerens måte å lede på (Hübertz Haaland, Dale, 2014:13). I St. Meld. Nr. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, pekes det på at det er store lederutfordringer i sektoren. Manglende lederkompetanse kan være årsaken til at mange ledere i dag ikke behersker balansen mellom nasjonale anbefalinger og lokale beslutninger godt nok, eller at ledere ikke har tilstrekkelig kunnskap om tjenestenes innhold og brukernes behov. Sektoren er kjennetegnet ved at det er få ledere og at det er vanskelig å rekruttere til lederstillinger. Ledere har ansvar for den faglige kvaliteten og pasientsikkerheten i tjenesten. Det er derfor behov for et godt styringssystem i form av rutiner, faglige prosedyrer og gode avvikssystemer. Lederen har ansvar for å hente inn den kompetansen som er nødvendig, for eksempel medisinskfaglige råd, for å utøve sin lederrolle og for å etablere de styringssystemene som er nødvendige for å oppfylle de krav som gjelder (St.meld. 26, 2014-2015:71-73). Det er altså ikke tilstrekkelig med helsefaglig kompetanse for å være en kompetent leder, det er viktig at ledere i helse- og omsorgstjenesten både har kunnskap om tjenestenes innhold og brukernes behov, og kan ta beslutninger og styre virksomhetene i tråd med nasjonale anbefalinger og lokale forhold.

Mange virksomheter i helse- og omsorgssektoren har egne ressurser med delegerte oppgaver og ansvar for fagutvikling, som sammen med leder bidrar til å holde det faglige fokuset oppe og spre kompetanse.

4.7. Fagutviklingssykepleier som lederstøtte og tilrettelegger

Det er i begge kommunene i studien hovedsakelig fagutviklingssykepleiere som setter opp plan og tema for internundervisning. Fagutviklingssykepleiere har gjerne delegert oppgaver som undervisning og veiledning av kolleger i egen virksomhet og avdelingslederne godkjenner tema og planer for undervisning. Dalin nevner at ved kartlegging av det uformelle veiledningssystemet i virksomheter, vil mange peke på de samme medarbeiderne som de mener har kvaliteter som veiledere. Det er gjerne medarbeidere som oppsøkes av mange som uformell veileder (Dalin, 1999:287). Det kreves ferdigheter for å lære fra seg og det krever ferdigheter for å kunne lede og tilrettelegge for læring. Filstad påpeker at det er derfor ofte læringsledelse utøves av uformelle læringsledere. Det er et lederansvar å tilrettelegge for og ha nødvendig fokus på læring i organisasjonen. Både administrativ ledelse og pedagogisk ledelse må ivaretas. Pedagogisk ledelse har fokus på verdier for læring, utvikling og oppbygging av læringsforholdene (Filstad, 2015:223).

Det er flere eksempler på at andre formelle roller for sykepleiere som teamleder og ressurssykepleier fremhever den enkeltes overordnede posisjon i gruppen, som med svak ledelse kan utvikle seg til uformelle ledere. Engasjerte fagpersoner som får delegert spesifikke ansvarsoppgaver vil ta ledelsen i mangel av føringer og beslutninger fra formelle ledere. De vil ha et faglig fokus ut i fra sin profesjonstilhørighet, være opptatt av egne interesser og ikke i stor nok grad kunne se helheten. Fagutviklingssykepleierne i den ene kommunene i studien savner noen overordnede føringer, slik at det blir lettere å planlegge undervisning. De opplever at det meste kommer nedenifra, fra de ansatte. En av kommunalsjefene beskriver forholdet mellom avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere slik:

“I dag kan avdelingslederne argumenter valg og prioriteringer med at det er fagutviklingssykepleierne som har sagt at det må være slik. Mulig at årsakene er en kombinasjon av organisering og lav lederkompetanse hos avdelingslederne.”

Kommunalsjef og virksomhetsleder i denne kommunen sier videre at de må jobbe med å redefinere fagutviklingssykepleierrollen, og styrke ledernes rolle og engasjement i arbeidet med kvalitet og faglig utvikling. Hva som brukes av tittel for lederstøtter til fagutvikling mener kommunalsjef og virksomhetsleder er vesentlig for hvilken posisjon fagutviklingssykepleiere tar. Det er viktig at avdelingsleder tar ansvaret og ikke blir satt til side. En av avdelingslederne i gruppeintervjuet sier det slik:

“Det blir jo også veldig delegert til dere som fagsykepleiere. Ja, at det er dere som har ansvaret for å følge opp alle de tingene som har med kunnskap, utvikling og kurs. Det er jo kanskje ikke noe lederen sitter så mye med lengre, det er liksom delegert til fag.”

Uttalelser fra avdelingsleder og fagutviklingssykepleiere i de to kommunene i studien bærer preg av at avdelingsledere i for liten grad tar ansvar for å definere kompetansemål som fagutviklingssykepleiere kan ta utgangspunkt i ved planlegging av kompetanseutviklingstiltak. Samtidig tar disse fagutviklingssykepleierne styringen, er engasjerte og flinke fagpersoner

som avdelingslederne har stor tillit til. Det er derfor ikke avdelingslederne som gjennomgående legger premissene for den faglige utviklingen, når de har egne ressurspersoner som driver undervisning og veiledning til medarbeiderne. Der fagutviklingssykepleiere har egnet forum og er faglige rådgivere for kommunalsjef, vil avdelingsledere i stor grad miste forutsetningen for å lede den faglige utviklingen og bli satt til side. Et tett samarbeid mellom avdelingsleder og fagutviklingssykepleier lokalt på avdelingene vil i større grad kunne bidra til en dialog mellom overordnet ledelse som er preget av både det faglige og driftsmessige perspektivet. Uavhengig av hvem som tar styring på kompetanseutviklingen i det daglig, vil det være leder som til syvende og sist har ansvar for at ansatte har nødvendig kompetanse og at tjenestene drives forsvarlig.

Som Brunsson poengterer er leder sjelden ekspert på alt i virksomheten og ansatte er ofte eksperter på spesifikke områder. Det er derfor viktig at ekspertene stiller sin ekspertise til rådighet, informerer beslutningstaker og foreslår nye beslutninger. Implementeringen blir lettere om de som ledes får være med å fatte beslutningene (Brunsson, Brunsson, 2015:94-95). Fagutviklingssykepleiere er å betrakte som eksperter i denne sammenhengen, og viktig støttespillere som kan gi ledere råd og foreslå kompetanseutviklingstiltak som hever kvaliteten og det faglige nivået på helse- og omsorgstjenestene. Det er viktig med ressurspersoner som er brennende opptatt av faget, men for at helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester skal være opptatt av å utvikle egen og avdelingens kompetanse er det avhengig av en positiv læringskultur.

4.8. Læringskultur

Tjenester generelt som ytes av det offentlige inneholder mer kunnskap enn før, og behovet for å dele kunnskap og lære individuelt og organisatorisk er av større betydning. Kunnskapsinnholdet i tjenestene speiler kunnskapsinnholdet i virksomheten og hos den enkelte medarbeider (Søren, Hildebrandt, Nordhaug, 2001:13-15). Filstad nevner at det innenfor organisasjonskulturen er en læringskultur som må ledes slik at det utvikles grunnleggende verdier, relasjoner og systemer som sikrer læring og kunnskapsutvikling. Medarbeiderinvolvering er en viktig del av læringskulturen, med fokus på medarbeiderens ressurs for tjenestene og utviklingen, som vil gi utslag i motivasjon til å dele og utvikle kunnskap (Filstad, 2015:222-223). Som Lai understreker er læringskultur et middel for å oppnå mål og er viktig for å stimulere til uformell læring og for å oppnå gode resultater av planmessige tiltak for kompetanseutvikling. Kulturen vil i tillegg påvirke mobilisering av kompetanse og mulighetene for å få brukt kompetansen i virksomheten på en relevant måte i arbeidssituasjonene. Hvis ledernes fokus er å holde kostnadene nede innebærer det ofte lavere eller snevrere krav til kompetanse og kompetanseutvikling (Lai, 2013:34-36).

I studien i de to kommunene beskriver avdelingsleder og fagutviklingssykepleiere at det er lite oppmøte på generelle kurs hvis de må møte på fritiden. Avdelingslederne mener at "de har et ansvar selv til å holde seg faglig oppdatert", og en avdelingsleder sier at "de ansatte

møter ikke på undervisning hvis vi ikke passer på”. Avdelingslederne beskriver uklarheter rundt hva arbeidsgiver skal legge til rette for og betale lønn for, og hva de kan forvente at den ansatte stiller opp på av egen fri vilje på fritiden. Det oppleves at det er mer og mer krav fra de ansatte om lønn for alle aktiviteter. Avdelingsledere uttrykker at de ikke krever obligatorisk oppmøte på undervisning der de ikke kan tilby ansatte lønn eller fri fra oppsatt arbeidstid. Da fremkommer det faglige som et tilbud, nærmest for at de ansatte skal føle at de kan få faglig påfyll. Det gir ingen signaler til ansatte om at undervisningen er et ledd i en plan om å løfte det faglige nivået hos alle, og bidra til å utvikle helse- og omsorgstjenestene “herifra og dit”.

Ifølge Helsepersonelloven er sykepleiere forpliktet til å utøve faglig forsvarlig sykepleie uavhengig av hvor i helsetjenesten de arbeider. Med det menes at sykepleiere i møtekommer kravet til og behovet for faglig ajourføring, og forventninger til at den enkelte sykepleier er oppdatert innen sitt fagfelt. Med faglig forsvarlighet kreves det at helsepersonell i utgangspunktet ikke skal gå inn i situasjoner de ikke er kvalifisert til å håndtere, men respektere sine faglige begrensninger og ikke påta seg oppgaver ut over sin formelle eller reelle kompetanse. Dekning for helsepersonells ansvar hjemles i Helsepersonelloven § 4, 1. og 2. ledd og lyder slik:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell” (Norsk Sykepleierforbund, 2008:5-6).

Faglig forsvarlighet er ikke et statisk begrep, men en standard og en norm som forandrer seg over tid. Det som i dag defineres som god sykepleiepraksis endres, og understreker kravet til og behovet for faglig ajourføring, og forventninger til at den enkelte sykepleier er oppdatert innen sitt fagfelt. I følge Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 6-2,

”skal kommunene sørge for at dens ansatte helsepersonell får påkrevd etter- og videreutdanning” (Norsk Sykepleierforbund, 2008:5-6).

Ansvaret helsepersonell har for å holde seg faglig oppdatert, reduserer ikke det ansvaret ledere har for å tilrettelegge for faglig utvikling og opplæring i disse virksomhetene som også beskrives i Helsepersonelloven §16:

”Arbeidsgiver og leder har ansvar for å legge forholdene til rette slik at det er mulig å utøve forsvarlig virksomhet. Det innebærer blant annet sikring av rutiner, dokumentasjon og tilstrekkelig faglig bemanning “ (Norsk Sykepleierforbund, 2008:5-6).

Behovene for stadig ny og annen kompetanse krever et kontinuerlig fokus, men kan lett nedprioriteres så lenge det tilsynelatende fungerer og det ikke fremkommer klare avvik. En av fagutviklingsveilederne i studien i de to kommunene sier det slik:

“Vi glemmer ofte de som har vært her en stund, de finner ut ting på veien tenker vi, og de gjør jo det. Det er jo ikke sikkert at de er noe tryggere for det. Det kommer frem i årsaksanalysen, når vi går inn og kartlegger hvorfor vi må forbedre oss, og ikke er gode nok. Da går det mye på dårlig opplæring og usikkerhet blant ansatte. Det er spesielt på dokumentasjon, der opplæringen ikke var satt så godt i system tidligere som det er nå. De som ble ansatt for 10 år siden sliter litt med at de ikke har fått oppdatering og god opplæring videre, og så forventer vi at de skal kunne mye mer. Vi setter krav, og så er de kanskje ikke like gode til å etterspørre opplæring selv.”

Det er et visst behov for å vedlikeholde og fornye kompetansen til medarbeidere som har vært ansatte en stund på bakgrunn av nye og endrede tjenester, teknologisk utvikling og forskning. Denne gruppen er ofte de som hviler på lang erfaring og synes det er vanskelig å forholde seg til alt som er nytt. En naturlig mekanisme for dem er å prøve å unngå de situasjonene som de føler seg usikre på. Dette er en praksis som over tid vil føre til at denne gruppen medarbeidere blir akterutseilt faglig hvis ikke leder har fokus på at kompetanse-tiltak også skal gjennomføres for dem.

Samhandlingsreformen har tvunget frem endringer og utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester som fordrer annen kompetanse enn tidligere. Om endringene i første omgang har vært driver for læring, vil den videre utviklingen i helse- og omsorgstjenestene i stor grad være drevet av lærings- og utviklingsfokus i den enkelte kommune og virksomhet.

4.9. Læring av endring og læring skaper endring

“Læringssamfunnet” er betegnende på det samfunnet vi nå lever i. Alle steder møter vi krav om forandringer. Forandring og læring er to sider av samme sak. Det tar tid å reagere på endringer og å tilpasse organisasjon til det som vil komme. For å sikre organisasjonens framtid kan ikke ledere la være å fokusere på det som kan komme. Trendanalyser og statistikker brukes for å forsøke å se inn i framtiden, og det er viktig å ha flere alternative kart i hodet samtidig. En må tåle usikkerhet og tenke på hva som kan forandre seg, men hindre at usikkerheten lammer, frustrerer eller skaper sikkerhet i virksomhetene (Stokkeland, Kaarbø, 2014:132-133). Samhandlingsreformen har medført store endringer i helse- og omsorgstjenestene i kommunene og det er lederes ansvar å konkretisere hvilke nye kompetansekrav dette medfører. Avdelingslederne i studien i de to kommunene beskriver usikkerhet rundt hva som faktisk forventes, og innrømmer at de ikke har iverksatt de kompetansetiltak som det i dag er behov for på en god nok og systematisk måte.

Den ene kommunen i studien har vært igjennom store omorganisering som har bidratt til at avdelingslederne og virksomhetsledere har hatt fokus på andre og mer driftsmessige tiltak. Omorganiseringen mener de har begrenset deres muligheter for å drive systematisk med

kompetanseutvikling, og legge og følge opp langsiktige kompetanseutviklingsplaner. En av avdelingslederne forklarer bildet slik:

“Så det skjer jo veldig mye som er spennende, men det er nok litt sånn halvkaotisk. Vi begynner å lande noen baller, men det vil nok ta litt tid før alt er på plass. Begynner liksom å lande litt, og så kommer det signaler om noen organisasjonsendringer igjen. (...) Det er ikke lett det der (...)”

Læring og endring er ikke to adskilte prosesser. Med et klima for læring vil påvirke endringene og endringene påvirke læringen. Organisasjonsendringer krever en betydelig ressursinnsats, organisasjoner må investere i ny kunnskap, det må opparbeides nye sosiale relasjoner, og det må utvikles nye rutiner. Mye av læringen kan basere seg på det en kaller organisatorisk læring, og det fagspesifikke kan ha tendenser til å få et lavere fokus (Jacobsen, 2014: 196-209). Kommunen i studien som har vært igjennom organisasjonsendring har startet og er underveis med å få noen systemer for kompetanseutvikling på plass.

Virksomhetsleder i denne kommunen beskriver det slik:

“(...)bare for å si det er det altså satt på agendaen eller tenkt i forhold til virksomhetsplan, dette med kompetansekartlegging og lage en kompetanseplan, men vi er ikke der ennå.”

Læring og endringsfokus har for sykehjem og hjemmetjenester i denne kommunen vært konsentrert om nye systemer, lokaliteter og organisering. Det praktiske som er avgjørende for at driften skal gå er det som har hatt første prioritet. Virksomhetene for sykehjem og hjemmetjenester i kommunen som har gjennomgått endringer er nå underveis med flere kompetanseutviklingstiltak, og uttrykker at de nå er bedre i stand til å fokusere på utvikling. Som Busch, Johnsen og Vanebo påpeker er endringer i ferd med å bli det vanlige og normale, men når virksomheter gjennomfører større omorganiseringer vil det kunne oppstå kaos-liknende tilstander om det settes i gang innovasjon og utvikling av andre forhold på samme tid. Det er viktig å dempe angst og uro blant medarbeidere ved å kontinuere forhold som ikke er direkte berørt av organisasjonsendringen (Busch, Johnsen, Vanebo, 2003:261-263).

Gradvise og kontinuerlige endringsprosesser har ulike typer tidvis ledelse, formelle ledere og uformelle læringsledere. Ofte finnes det ikke en samlet ledelse. Underskudd på ledelse kan ofte være årsaken til kontinuerlig endring, og mangel på ledelse kan føre til at læringen tar mange ulike retninger (Wadel, 2008:46). Organisering kan virke fremmende, men også hemmende for et godt læringsmiljø. Medarbeidere vil foretrekke ulike læringsformer, og noen har et kontinuerlig ønske om kunnskapsutvikling og andre er ikke like motivert for endringer (Jacobsen, 2014: 196-209).

Den ene kommunen i studien har vært igjennom en stor omorganisering samtidig som utviklingen i samhandlingsreformen har påført virksomhetene for sykehjem og hjemmetjenester nye krav. Det kan forklare hvorfor de ikke har klart å utvikle gode fagsystemer, og ikke er der avdelingsledere og virksomhetsledere tenker de bør være for å dekke kravene til kompetanse etter innføringen av samhandlingsreformen.

4.10. Oppsummering

I dette kapittelet har jeg svart på spørsmålet om hvilken plan og strategi virksomhetene i sykehjem og hjemmetjenester har for faglig utvikling og opplæring av sitt helsepersonell. Studien i de to kommunene viser at det er laget overordnede planer for kompetanseutvikling kun i den ene kommunen og at det er lite sammenheng mellom de overordnede kompetanseutviklingsplanene og de faktiske kompetanseutviklingstiltakene. Det virker som kommunalsjefer og mellomledere har lite samarbeid og dialog om nåværende og fremtidige kompetansebehov. Gapet mellom kravene i hverdagen og hva helsepersonell i sykehjemmene og hjemmetjenesten har av kompetanse oppleves sterkest for avdelingslederne som står nærmest driften og medarbeiderne. Avdelingslederne opplever at de "ligger bakpå" og ikke har klart å utvikle kompetansen til de ansatte i takt med overføring av oppgaver til kommunehelsetjenesten. Samtidig opplever særlig avdelingsledere i den ene av kommunene i studien at de mangler avklaring på hva som forventes av tjenestene i sykehjem og hjemmetjenester og hvor de skal legge lista i forhold til kompetanse. Kommunene har virksomhetsplaner som definerer noen fokusområder for kompetanse. Virksomhetslederne opplever at de stiller tydelige krav og forventinger til sine ledere, men det er et sprik mellom hvor tydelig avdelingsledere og virksomhetsledere opplever at disse forventningene er. Det er lettere for overordnet ledelse å forholde seg til generelle kompetanseplaner og strategier enn det er avdelingslederne som skal imøtekomme de faktiske kravene, skape resultater og gjennom tjenestene skape tillit i befolkningen. Avdelingsledere gir uttrykk for at de derfor trenger tydeligere føringer på hva som forventes av tjenestene i sykehjemmene og hjemmetjenesten.

De er i liten grad fastsatt egne mål for kompetanse i sykehjem og hjemmetjenester. Det er kun mål som omfatter fokus på å øke andelen med helsefaglige utdanninger i helse- og omsorgstjenestene. Det vil si at ansatt uten helsefaglig utdanning går inn i et utdanningsløp, at det ved rekruttering settes krav om helsefaglig utdanning og at nyansatte uten helsefaglig utdanning inngår avtale om å gjennomføre utdanning. Det fremkommer ikke andre kompetansemål som er retningsgivende for hvilke tiltak avdelingene skal legge til rette for å gjennomføre. Den ene kommunen i studien har gjennomført en kompetansekartlegging, men avdelingsledere ser foreløpig ikke nytteverdien av kartleggingen og bruker ikke kartleggingsdata som grunnlag for planlegging av videre kompetanseutvikling eller i den daglige organiseringen av arbeidsoppgaver.

På avdelingsnivå i de to kommunene i studien er det planer for internundervisning der noen av teamene følger fokusområder i virksomhetsplanene, og andre temaer settes opp fortløpende basert på ansattes ønsker og behov. Deltakelsen på internundervisninger er variable og tilfeldig, og avdelingslederne synes det er vanskelig å frigjøre tid så ansatt kan prioritere undervisningen. Samtidig sier avdelingslederne at det er vanskelig å finne rom for å dele den kunnskapen som enkelte har fått med seg på kurs eller undervisning til andre medarbeidere. Gjennomføring av kompetanseutviklingstiltak blir derfor noe tilfeldig, og er ikke tilstrekkelig for å løfte nødvendig kompetanse for hele ansattgruppen. Det blir

nærmeste et kompetanseutviklingstiltak som dekker noe av forventningene fra de ansatte og et tegn på at undervisning og kompetanseutvikling blir prioritert.

Det er altså behov for at det legges til rette for kompetanseutvikling i form av organisering og tiltak der avdelingslederne stiller sterkere krav til deltakelse. Tid til faglig refleksjon og oppfølging i det daglige er avhengig av egne ressurspersoner som bistår spesielt med fagutvikling i den enkelte avdeling. Fagutviklingssykepleier dekker mye av behovet for å lede og organisere den faglige aktiviteten, og er en sterk premissgiver i hva avdelingene skal sette faglig fokus på. Faren er at avdelingslederne får et mer distansert forhold til hvilke behov medarbeiderne har, innholdet i kompetanseutviklingstiltakene og om tiltakene fører virksomheten og utviklingen i riktig retning. I mangel av tydelig krav og forventninger fra avdelingsledere tar fagutviklingssykepleiere ledelsen for den faglige utviklingen som de er engasjert i og brenner for. På avdelingene som har egne fagutviklingssykepleiere, har de et bedre system for gjennomføring av sertifisering og annen prosedyreopplæring.

Det organisatoriske bildet av hvordan kompetanseutvikling organiseres i virksomheter for sykehjem og hjemmetjenester i dag virker altså noe kaotisk, de prøver etter beste evne å få til noe, men har ingen klar retning på hvor de skal og har lite tid og ressurser til kompetanseutvikling i hverdagen.

I neste kapittel er det samarbeid og kompetansedeling mellom kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold, og partenes tillit til og innsikt i hverandres tjenester og forutsetninger, som skal belyses.

5. Kompetansedeling og kompetansesamarbeid

Noe av målsetningen med samhandlingsreformen har vært å utvikle sømløse og godt koordinerte tjenester for pasientene, at mer av den aktive behandlingen skal forgå lokalt i kommunene og at sykehusene spesialiseres ytterligere. Når flere av oppgavene som sykehusene tidligere har utført nå skal utføres av helsepersonell i kommunene, må kompetansen i kommunene utvikles gjennom interne tiltak, men også overføres fra helsepersonell i sykehus som har den aktuelle kompetansen. Spesialisthelsetjenesten har en opplæring og veiledningsplikt til helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester. For å kunne implementere og optimalisere pasientforløp inn og ut av sykehus kreves økt samhandlingskompetanse. Dette innebærer økt kunnskap i koordinering av tjenestetilbudet, kommunikasjon, og tilrettelegging for gode og effektive pasientforløp. Det betyr at det også er behov for at kompetanse overføres fra kommuner til behandlere og annet helsepersonell i sykehusene. Alle helseforetak har egne samarbeidsavtaler som regulerer rammer for det overordnede samarbeidet med tilhørende kommuner, og delavtaler som tar for seg ulike samarbeidsområder som for eksempel kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.

I dette kapitlet vil jeg derfor belyse hvordan samarbeid og kompetansedeling mellom Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold fungerer. Jeg skal besvare tre spørsmål i dette kapitlet. Det første spørsmålet er formulert slik: *Hvor viktig er sykehusets rolle når det gjelder å øke kompetansen til helsepersonell i kommunene?* Det neste spørsmålet jeg svarer på i dette kapitlet er dette: *Er avtaler og mål for samhandlingen på tvers av virksomheter og nivåer tydelig og kjent for ledere og ansatte?* Det tredje spørsmålet jeg skal svare på i dette kapitlet er: *Hva skal til for at kommunene i Vestfold iverksetter felles kompetanse-tiltak for helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester?* Andre områder som har vært relevant å undersøke i denne sammenhengen er om kompetansebehovene i kommuner og sykehus er kjent, lederes fokus på kompetansedeling og tillit i samarbeidet, og ledelse av nettverk. Jeg benytter teorier om tverrsektorielt samarbeid, nettverksledelse og kompetansedeling for å belyse og forklare mine funn. De teoretiske perspektivene belyses gjennom teori fra blant annet Amdam og Veggeland, Holm-Petersen og Sandberg Buch, Filstad, og Brandi, Hildebrandt og Nordhaug. Andre teoretiske perspektiver som jeg har benyttet er tillit som styringsmekanisme, utvikling av samarbeidsrelasjoner, barrierer for samarbeid, planlegging i komplekse systemer og effekten av standardisering. Teori på disse områdene er hentet fra Haugland, Amdam og Veggeland, Holm-Petersen og Sandberg Buch, og Jacobsen. Jeg har også benyttet statlige rapporter og undersøkelser for å gi et større bilde av hvordan samarbeidet og kompetansen har utviklet seg etter innføringen av samhandlingsreformen.

Jeg vil innledningsvis i dette kapitlet fokusere på hvorvidt samarbeidsavtalen er kjent for ledere og helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold, og hvilken funksjon de tenker selve avtalen har.

5.1. Samarbeidsavtaler

Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold har en samarbeidsavtale med 13 delavtaler. Partene i avtalen er likeverdige og er gjensidig forpliktet av avtalen. Den overordnede avtalen sier blant annet at partene etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i lov om spesialisthelsetjenester er pålagt å inngå samarbeidsavtale. Formålet med overordnet samarbeidsavtale er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og helseforetaket, samt å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Avtalen skal angi overordnede bestemmelser om samarbeidsformer, generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområder, samt fastsette en prosess for å vedta delavtaler, faglige retningslinjer og prosedyrer mellom partene. Partene skal i delavtaler og prosedyrer definere detaljer i bestemmelsene. Kommunen og helseforetaket er gjennom lovverket tillagt hver sine kompetanse – og ansvarsområder. Inntil Helse- og omsorgsdepartementet i forskrift gir nærmere bestemmelser om hva som er helse- og omsorgstjenester og hva som er spesialisthelsetjeneste etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, er oppgavefordelingen i denne avtalen styrt av de nåværende helsefaglige forsvarlighetsvurderingene.

Samhandlingsutvalget, som er det formelle samarbeidsorgan mellom sykehuset og kommunene, som vurderer årlig partenes ansvar og oppgaver slik de forstås etter Helselovgivningen med den hensikt å identifisere gråsoner, overlappende eller manglende tilbud, og foreslå tiltak for å sikre helhet og sammenhengende helsetjenester. Samhandlingsutvalget behandler samhandlingsavvik, og skal blant annet sørge for at prosjekter blir organisert og bemannet på hensiktsmessig måte, holde oversikt over status og problemer, og bidra med problemløsning i det konkrete arbeidet⁹.

Kartleggingsarbeid i alle virksomhetene innenfor helse- og omsorgstjenesten i Vestfold og i avdelingene og seksjonene i Sykehuset i Vestfold, viser at samarbeidsavtalen er lite kjent blant helsepersonell i sykehuset og kommunene, mange mener den er for generell og for lite relevant. Rutiner for inn- og utskrivelse er kjent for noen, men det er kun i enkelte avdelinger implementert som en del av opplæringen for ansatte (Vedlegg 6). På spørsmål om avtalen er kjent, svarer en av fagutviklingssykepleierne i studien i de to kommunene:

“Ja, sånn i grove trekk har jeg lest igjennom det. Blant annet i forbindelse med et avvik.”

Kjennskapen til avtalen blant de andre i den samme kommunen varier, noen svarer at de har lest samarbeidsavtalen og andre at den ikke er kjent. Det som er beskrevet i delavtalene om utskrivningsklare pasienter og innleggelsesrapport fra kommunehelsetjenesten fremhever avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere i intervjuene som veldig nyttige, og at disse delavtalene bærer preg av gjensidighet. Avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere kjenner

⁹ <https://www.siv.no/helsefaglig/samhandling>

noe til innholdet, men kontorene som tildeler helse og omsorgstjenester i kommunene når pasientene skrives ut fra sykehuset kjenner avtalene veldig godt. På spørsmålet om det er fokus på å gjøres avtaler kjent for øvrige ansatte svarer en av avdelingslederne slik:

“Kan ikke si at det har vært noe stort fokus på det, nei. Mer fokus på de i starten når de kom. Da var vi veldig på å si hvordan dette fungerte, og hvordan det ikke fungerte for oss. Min opplevelse var vel at vi følte at det ikke kom noe lengre enn til den vi sa det til, for det var så vanskelig.”

Fordi om avdelingsledere mener at avtalene er nyttig er det lite fokus på å gjøre de kjent. Kartlegging i andre kommuner Vestfold og sykehuset bekrefter det samme, og at det heller ikke er noe godt system på for å gjøre avtalene kjent på seksjonene i Sykehuset i Vestfold (Vedlegg 6).

Samarbeidsavtalen er en overordnet avtale for samarbeid mellom kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold, med 13 delavtaler for spesifikke samarbeidsområder og retningslinjer. Delavtale g) omhandler retningslinjer for kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, og for faglige nettverk og hospitering. Denne delavtalens formål er å:

- Sikre informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring knyttet til innleggelser, utskrivninger, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner i spesialisttjenesten.
- Begge parter skal bidra til kompetanseheving og kunnskapsoverføring, for eksempel gjennom faglige nettverk, hospiteringsordninger, felles møteplasser, bruk av ambulerende team og praksiskonsulentordningen.
- Partene skal bidra med informasjon, ha dialog og gjøre hensiktsmessige tiltak for kunnskapsoverføring når faglige rutiner og prosedyrer endres.
- Begge parter bidrar til evaluering og kvalitetsutvikling av tjenestene. Rutiner for tilbakemeldinger og avviksrapportering er en viktig del av dette¹⁰.

Hvorvidt delavtalen om kompetansesamarbeid er kjent svarer en av kommunalsjefene i studien i de to kommunene:

“Nei, det er for generelt. Sier lite annet en det som allerede er lovpålagt. Heller tro på felles organisasjonsstrukturer og treffpunkter for fagpersoner. Områder som er særlig viktig å fokusere på er samhandlingen rundt felles pasienter, veiledning og opplæring gjennom hospitering og ambulant virksomhet, og læring og mestring.”

I studien i de to kommunene beskriver avdelingslederne at det har vært lite involvering og reell påvirkning på avtalenes innhold. En av lederne beskriver det slik:

“Jeg kan jo bare snakke for oss da. Jeg følte at vi måtte bare ta imot uten å kunne ha noen påvirkning. Vi gav våre innspill, men så ble det liksom ikke noe mer. Og etter det så synes ikke jeg personlig at det har vært noe fokus ovenfra og ned. Det kan jeg ikke si. Jeg vet ikke hvor jeg finner avtalen engang.”

¹⁰ <https://www.siv.no/helsefaglig/samhandling>

For at avdelingsledere skal ha en reell påvirkning på evaluering og endring av samarbeidsavtalene, og hensikten med avtalene skal oppnås, må overordnet ledelse i kommunen og på sykehuset ha tro på at avtalene innvirker på samarbeidet. Når kommunalsjefer har liten tro på samarbeidsavtalenes verdi, har det lett for at innspill fra underordnede stopper opp hos kommunalsjefene, og i liten grad fører til endringer og konkretiseringer i samarbeidsavtalene.

Det er ikke bare i kommunene i Vestfold samarbeidsavtalene ikke har den betydning de etter intensjonen i samhandlingsreformen skulle hatt. I Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, fremkommer det at rundt halvparten av kommunene synes det er utfordrende å etterleve kravene som stilles i samarbeidsavtalene i den praktiske utførelsen av arbeidet. En like stor andel mener at helsepersonell i egen kommune ikke har tilstrekkelig kjennskap til innholdet i samarbeidsavtalene, mens 61 prosent av kommunene opplever at ansatte i spesialisthelsetjenesten heller ikke har tilstrekkelig kjennskap til samarbeidsavtalene. Noen kommuner og helseforetak har oppgitt at både antallet avtaler og kravene til det detaljerte innholdet i disse er for omfattende (Riksrevisjonen, Dok.3:5, 2015-2016:10). På samme måte viser Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak generelt er godt og konstruktivt, men at samarbeidsavtalene ikke har bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid. Kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid (EVASAM, 2016:6). Gjennom intervjuene i studien i de to kommunene og funn fra kartleggingen i de øvrige kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold viser det seg at samarbeidsavtaler og rutiner i for liten grad er kjent blant ansatte i sykehus og kommunehelsetjeneste også i Vestfold.

Som Amdam og Veggeland fremhever, må man ha tillit til at andre følger felles spilleregler, og det er derfor viktig at avtaler og retningslinjer blir kommunisert, repetert og videreutviklet i fellesskap, og kommunisert til nyansatte slik at man unngår misforståelser eller konflikter (Amdam, Veggeland, 2011: 66-67). Med avtaler som er lite kjent eller ikke er konkretisert tilstrekkelig, vil det i større grad kunne oppstå uklarheter og misforståelser i det daglige samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenestene i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold (Vedlegg 6).

5.2. Uklare forventinger og grenser mellom helsetjenestenivåene

Grensesnittet mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgssektoren er ikke beskrevet i detalj, og det oppleves at det i for stor grad skyves oppgaver og problemstillinger frem og tilbake. I mange tilfeller er det uenighet om pasienten skal håndteres i spesialisthelsetjenesten eller på et kommunalt nivå. Det understrekes av Holm-Petersen og Sandberg Buch at en vesentlig årsak til at grensesnittet kan være uklart er at kompleksiteten er stor, med arbeidsdeling og spesialisering som skaper en rekke bruddflater som skal koordineres. Organiseringen av

helsesektoren er fragmentert både på tvers av nivåer og internt i den enkelte kommune, og antall relasjoner for samarbeid er i dag enorm (Holm-Petersen, Sandberg Buch, 2014:6-10).

Gjennom en reformstrategi forsøker regjeringen å styre utviklingen trinnvis, der politisk ledelse tar noen skritt om gangen og forsøker å korrigere underveis ut i fra hva som er praktisk og politisk mulig. Problemene er mange, målene kan oppfattes som generell, uklare og konfliktfylte (Amdam, Veggeland, 1998:49). Flere av lederne i studien de to kommunene synes det er vanskelig å prioritere og sette grenser for hva tjenesten trenger av kompetanse, og hva som er godt nok. En av avdelingslederne i studien i de to kommunene beskriver dette slik:

“Jeg føler kanskje at når vi har tatt opp dette med kommunalsjef og rådmann, at den ballen blir dyttet litt tilbake igjen. Og det kan godt hende at det er sånn det skal være, men jeg synes ikke jeg har ikke fått noen føringer på hvor listen skal ligge. Og det kunne jeg vel ønske at vi hadde fått noen ganger fordi vi strekker oss og strekker oss, også ... hvor skal vi legge oss, hva skal vi yte? Det er vi som får kravet når behovet kommer. Da må vi hoppe for å (...) og skal vi gjøre det? Det hadde det vært fint om noen kunne ha ment noe om.”

På den annen side sier virksomhetsleder i den samme kommunen:

“Jeg som virksomhetsleder er klar i mine forventinger, men ledere gir uttrykk for at forventningene er uklare.”

Avdelingsleder og fagutviklingssykepleiere beskriver uklare forventinger om hvilke tjenester kommunene skal være rigget for i sykehjem og hjemmetjenester, og dermed også hvilken kompetanse som kreves. Uklare grenser fører til at de opplever sykehjem og hjemme-tjenester som grenseløse tjenester, og at de ikke har makt til å gjøre annet enn å ta “den ene ballen etter den andre”. Det vil da ofte oppstå situasjoner som er på grensen av hva de mener er forsvarlig. En av avdelingslederne uttrykker hvordan samarbeidet med fagutviklingssykepleier om prioritering av kompetansetiltak påvirkes av uklare forventinger:

“Ja, da snakker vi jo i tilfelle om det. Jeg føler at ting ikke liksom er helt avklart enda sånn i forhold (...) virksomhetsleder. Hva som skal (...), hva vi forventer (...) så det er ikke noe klart definert.”

Når forventingen til dem som skal lede kompetanseutviklingen i sykehjem og hjemme-tjenester oppleves som utydelig, er det med på å skape usikkerhet særlig hos nye avdelingsledere. Dette bidrar igjen til uklarheter i hva den enkelte avdelingsleder setter som kompetansekrav til den enkelte medarbeider, og hva som preger kompetanseplan og de konkrete kompetanseutviklingstiltakene. Som Brunsson påpeker kan ansvar være tungt å bære, og enkelte beslutningstakere prøver gjerne å unngå ansvar ved å utsette upopulære og risikofylte avgjørelser. De tenker at det ikke blir nødvendig, eller at andre kommer til å treffe de nødvendige beslutningene. Når det er flere beslutningstakere, får hver enkelt mindre ansvar, og det kan være vanskelig til syvende å siste å peke på hvem som har det egentlige ansvaret (Brunsson, Brunsson, 2015:96-100). I studien i de to kommunene mener avdelingslederne at en klarere avgrensning og standardkrav til hva som forventes av

tjenestene i sykehjem og hjemmetjenester, vil gjøre dem bedre i stand til både å organisere, bygge kompetanse og samhandle med sykehuset. Brukernes ulike behov vil samtidig stride i mot standarder og vil heller trenge et fleksibelt system.

Avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere i den ene kommunen i studien referer til situasjoner og pasientoverføringer der samhandlingen åpenbart ikke har vært god. En av fagutviklingssykepleierne beskriver situasjoner som kan oppstå slik:

“Det virker som det er så lett å sende dem ut (...) Ja, og det er egentlig flere pasienter som er veldig, veldig syke som ofte kommer fredag. Vi har opplevd at legen faktisk har stoppet ambulansen på vei inn her, og hvor sykepleier har vurdert situasjonen som såpass alvorlig at de ikke har følt det forsvarlig å ha pasienten her, og har sendt pasienten i retur på sykehuset igjen. Så det føles på en måte at vi står litt i det til oppunder ørene noen ganger. Jeg føler egentlig at vi håndterer jo det meste her, vi er jo utdannet sykepleiere vi og, vi har jo mye utstyr. Men noen ganger når det er veldig syke folk eller prosedyrer som vi ikke utfører, eller kanskje aldri har gjort det egentlig, så trenger vi mer tid. Det er den tiden, fordi sykehuset er veldig på at pasienten er utskrivningsklar, og da er den utskrivningsklar, istedenfor å starte prosessen når den pasienten ble lagt inn. Og jeg sier ikke at dette bare er sykehusets feil (...)”

Det er i denne kommunen avdelingslederne i størst grad etterlyser klarere oppdrag og forventninger til kommunens tjenester i sykehjem og hjemmetjeneste. Med uklare forventninger, er det lett å forstå at de ofte kommer i situasjoner der de er uenig i hva de skal kunne håndtere i kommunen. Kommunen opplever at sykehuset “tøyer strikken”, de mangler kompetanse og opplever at situasjoner blir uforsvarlig. Som Haugland understreker er erfaringer med et samarbeid med på å påvirke motivasjonen for å opprettholde og utvikle samarbeidet videre. I vedlikeholdsfasen for utføring av samarbeid, er det viktig at det skjer en form for utvikling, der samarbeidet hele tiden vurderes og justeres. Det krever kontinuerlig oppfølging og at partene leverer likeverdige bidrag som synliggjør viljen til å samarbeide (Haugland, 2004:75). Erfaringene med samarbeid mellom kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold er altså avgjørende for vilje og motivasjon til å utvikle samarbeidet videre til det beste for begge parter.

En helhetlig forståelse og trygghet for hvordan et samarbeid skal styres og utvikles krever tillit. I denne sammenhengen kan det betegnes som tillit til hvordan partene handler i ulike situasjoner, før det er mulig å kontrollere om det faktisk vil skje. Videre påpeker Haugland at samarbeidet forutsetter åpenhet, og at det gis inntrykk av at man ikke beskytter egne interesser (Haugland, 2004:53-54). Avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere i studien i de to kommunene beskriver at sykehuset sitter med definisjonsmakten i forhold til om pasienter er utskrivningsklare, men at kommunene ikke har full tillit til disse avgjørelsene. De uttrykker sin mistillit ved å beskrive situasjoner der det i meldinger om pasienter fra sykehuset beskrives et bilde av pasienten som friskere og mindre krevende enn det pasienten i realiteten er, for å få kommunene til å ta i mot pasienten. Kommunene i studien i

de to kommunene opplever fortsatt en ubalanse i styrkeforholdet mellom kommuner og sykehuset, fordi om de synes det har blitt noe bedre de siste årene. Som Amdam og Veggeland beskriver, har vi på grunn av arbeidsdeling og spesialisering blitt avhengig av at andre klarer sine oppgaver og tar ansvar i dagens samfunn. For å forsterke tilliten utvikles regler og normer for samspill og nettverk, og kontrollerende reaksjonsformer for de man ikke har tillit til (Amdam, Veggeland, 2011: 66-67).

Når overordnet ledelse i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold i liten grad har jobbet med grenseflatene, og kommunene har utviklet helse- og omsorgstjenester og kompetanse på ulike måte, har det medført at samarbeidsflaten til sykehuset blir mer og mer uoversiktlig og sprikende. Helsepersonell i Sykehuset i Vestfold møter daglig utfordringen med at den ene kommunen håndterer oppfølging av pasienter som en annen kommune i Vestfold ikke kan. Forutsetningene baserer seg da gjerne både på kapasitet i helse- og omsorgstjenestene og kompetansen til å håndtere aktuelle problemstillinger (Vedlegg 6). Når ulikhetene mellom kommunene diskuteres under gruppeintervjuene i studien i de to kommunene uttrykker avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere forståelse for at ulikt kompetansenivå blant helsepersonell i kommunene er vanskelig for sykehuset. En av fagutviklingssykepleierne uttrykker det slik:

“for nå tror jeg kanskje at det er veldig forskjell fra kommune til kommune, sånn at de i sykehuset kanskje har en forventning til at vi skal kunne prosedyrer og så kan vi ikke det, men de 3 kommunene de sendte pasienter til sist, de kunne det jo, og så kan ikke vi (...)”

Hvordan enhetlig praksis og kompetanse kan påvirke samhandlingen beskriver en av avdelingslederne på denne måten:

“Jeg tror da at mye av de konfliktene kan ryddes unna med mer enhetlig praksis og rutiner på hva sykehuset kan forvente og vis a vis, fordi det handler mye om kompetanse tror jeg. Både organisering og kompetanse, å kjenne til hverandre ikke minst (...)”

Ulikheter i kompetanse hos helsepersonell i kommunene i Vestfold påvirker samhandlingen og mulighetene for å gi pasientene et godt og likt tilbud etter innleggelse i sykehus. Med ulik prioritering og satsninger på kompetanseutvikling i 10 ulike kommuner, er det vanskelig for helsepersonell i sykehuset å vite hva som kan forventes av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Helsesektoren med samarbeid på tvers av nivåer og kommuner er som Amdam og Veggelandet poengterer et komplekst system, som må kunne forandre sin struktur når det er nødvendig. Systemet forandres ved at aktørene i systemet forandrer relasjonene sine på grunn av innvirkning fra omgivelsene, egen historie og erfaring. Systemene kan påvirkes og ledes i samspill, og gjennom samtaler, tillitsbygging, nettverk og læring kan kompleksitetens i systemet reduseres (Amdam, Veggeland, 2011:64-65). På grunn av at det er store ulikheter fra kommune til kommune i Vestfold, vil det altså være positivt for samarbeidet med Sykehuset i Vestfold om tjenester og kompetanse har større likheter og bygger på de samme standarder. Om det skal utvikles felles systemer og kompetansekrav, krever det et samarbeid på tvers av kommunene i Vestfold.

5.3. Samarbeid på tvers av kommuner

Det finnes ikke noe samarbeid på tvers av kommunene i Vestfold i dag for å lage standardisert innhold i opplæring og kurs for helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene, men de fleste lederne gir uttrykk for at behovene i stor grad er tilsvarende i alle kommuner. Den enkelte virksomhet i sykehjem og hjemmetjeneste i hver kommune lager og organiserer egne opplæringstiltak med ulikt innhold og form på mange av de samme temaene, og opplever at de har lite ressurser til å drive selve opplæringen og vedlikeholde innholdet. Om opplæringen er kunnskapsbasert og oppdatert er heller ikke kvalitetssikret. Lederne mener at de samme virksomhetsområdene i de ulike kommunene vil kunne ha nytte av felles kompetansepakker for grupper av helsepersonell, der form og innhold er standardisert (Vedlegg 6). Felles kompetansetiltak mener en av kommunalsjefene vil kunne bidra til mer realistiske forventninger mellom Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold. En av virksomhetslederne i studien i de to kommunene mener også at det vil være hensiktsmessig om kommunene har felles strategi og krav til kompetanse for enkelte yrkesgrupper, og mener at det er ingen delingskultur i dag. Virksomhetsleder mener dessuten at et standardisert kompetanseprogram vil være ressursbesparende for den enkelte virksomhet.

Kartleggingen i kommunene i Vestfold viser at de fleste kommunene har lite samarbeid om kompetansetiltak på tvers av virksomheter i helse- og omsorgstjenesten i egen kommune. Det er noe mere samarbeid rundt dette i de mindre kommunene. Lederne i kommunene beskriver at de mangler oversikt over faglige ressurspersoner i de andre virksomhetene. Kompetansen brukes lite på tvers og de ansatte bruker de ressurspersonene de kjenner. Fagressurser fra psykisk helsetjeneste derimot benyttes i noen konkrete saker i de andre virksomhetene, som i hjemmetjenesten (Vedlegg 6). I studien i de to kommunene fremkommer det at fagutviklingssykepleiere og andre ressurspersoner brukes lite på tvers av avdelingene i sykehjem eller hjemmetjeneste, og de kjenner for lite til hvor og hvem som innehar spesifikk kompetanse. Virksomhetslederne derimot mener at de er flinke til å bruke ressurspersoner på tvers i sykehjem og hjemmetjeneste. Avdelingslederne mener at de ikke har anledning til å gi sykepleiere som har tatt videreutdanning andre oppgaver. Det vil derfor være viktig å lage en felles strategi og organisering som gjør det mulig å benytte sykepleiere med spisskompetanse på tvers av alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Da kan helsepersonell med spisskompetanse benyttes der det er mest behov for denne kompetansen, og til å dele kompetanse med kollegaer i flere virksomheter og på flere avdelinger.

I den ene kommunen i studien er det fagutviklingssykepleiere på alle avdelinger, men de samarbeidet i liten grad. De har plan om å få til et eget forum for å styrke samarbeidet for disse. Etter en omorganisering har denne kommunene hatt et større fokus på samarbeid, og felles faglige aktiviteter som de beskriver på denne måten:

“Vi har jo alltid sittet på hver vår tue. Ja, og nå har vi jo begynt å samarbeide og ser jo at de siste 3 årene har det skjedd noe, men vi kan jo bli enda bedre. Det blir jo bare

bedre og bedre, det er jo veldig mye som skjer. Den åpenheten, ikke sitte med kunnskapen hos seg selv og ikke dele, det der å være raus på tvers.”

I den andre kommunen samarbeider fagutviklingssykepleiere i virksomhet for sykehjemstjenester på tvers av sykehjemmene, men det er så langt lite samarbeid på tvers av sykehjem og hjemmetjenesten om bruk av fagutviklingssykepleieressurser og andre ressurspersoner. For å styrke samarbeidet og få til flere felles tiltak har denne kommunene etablert et forum for fagutviklingssykepleierne.

For å bidra til kompetanseutvikling og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene, er det etablert utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i hvert fylke i hele landet og sentre for omsorgsforskning tilknyttet høyskoler og universitet. Sentrene er utviklet for å møte fremtidens behov for forskning, innovasjon og utvikling i sektoren (Omsorg 2020:24). Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold skal være pådrivere for kunnskapsbasert praksis, tilby ulike metoder og verktøy for å utvikle et lærende miljø, og være en ressurs i utviklings- og implementeringsarbeid for kommunene. De har en viktig rolle i erfaringsutveksling og kompetansedeling på tvers av kommuner, og samarbeid med utdanningsinstitusjoner og Sykehuset i Vestfold. Utviklingssenteret vektlegger nettverksarbeid, brobygging mellom fagmiljøer og interkommunale tiltak i alle sine satsingsområder. I dette arbeidet vektlegger de i Vestfold særlig innføring av ny kunnskap fra forskning, og implementering av nasjonale retningslinjer og prosedyrer. Videre vektlegges gjennomføring av fagseminarer, erfaringskonferanser og kompetanseprogrammer med høy faglig relevans til lavest mulig kostnad for samtlige kommuner (Vedlegg 6). Det betyr at fordi om det er lite samarbeid om kompetansekrav og kompetansetiltak i dag, så bidrar Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold til samarbeid og læringsarenaer på tvers av kommunene i Vestfold. Kartlegging i alle kommuner i Vestfold viser at dette tilbudet i ulik grad er kjent i virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten i kommunene, kommunene engasjerer seg i ulik grad i prosjekter og samarbeid med Utviklingssenteret, og mange av lederne i virksomhetene opplever at kursinvitasjoner fra Utviklingssenteret ikke når frem (Vedlegg 6).

Bruk av like metoder og gjennomføring av samme opplæring vil kunne utvikle samme “språk” og trygghet på tvers av yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenestene i kommunene og på tvers av sykehus og kommuner. Alle vil kjenne til hva som ligger i en metode, og dermed hvilke vurderinger som er gjort. Effekt av dette vil kunne være bedre og raskere avklaring av pasienter, og at prosedyrer gjøres likt og riktig. Dette vil også kunne bidra til økt grad av trygghet for pasienter, et bedre behandlingsresultat og mer tydelighet i kommunikasjonen mellom helsepersonell. Standardisering bidrar også til å definere minimumskrav, som bidrar til likhet i tjenestetilbudene på tvers av kommuner.

Jacobsen viser til at vi finner et sterkt innslag av standardisering i “maskinbyråkratiet”, der lærdom er nedfelt i regler, rutiner og prosedyrer. Dette gjør lærdommen upersonlig, men organisasjonstypen er effektiv når det er snakk om å gjøre lignende oppgaver dag ut og dag

inn. Sterk regelorientering vil over tid vil gjøre det vanskeligere å lære noe nytt. Som Jacobsen understreker kan medarbeidere bli mer opptatt av å følge regler enn å løse problemene. Disse organisasjonene har ofte vendt blikket innover, og har problemer med å se endringer i omgivelsene tids nok og bærer som oftest preg av sterk sentralisering. Det er en krevende balanse å lede når en del av aktivitetene må gjennomføres innenfor en gitt standard, samtidig som fokuset på forskning og utvikling av stadig nye metoder og behandling må holdes høyt (Jacobsen, 2014:95-96). For å kvalitetssikre innholdet i noen helsetjenester, er det altså behov for å ha standardiserte krav og prosedyrer for å sikre forsvarligheten i en del situasjoner. Samtidig som helsetjenestene er sterkt preget av prosedyrer, er det allikevel høye forventninger til at helsepersonell skal gjøre faglig vurderinger og tilpasses helsetjenestene til den enkelte brukers behov.

Det femårige pasientsikkerhetsprogrammet, «I trygge hender 24-7», er en nasjonal satsning som skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Programmet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og viderefører arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen ved samme navn (2011-2013). Programmet innfører konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i alle deler av helsetjenesten. Dette programmet gir et grunnlag for felles opplæring og utvikling av ledere og medarbeidere på tvers av kommuner og sykehus. Programmet har tre overordnede målsetninger:

- Redusere pasientskader.
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten¹¹.

Regjeringen styrer samfunnet gjennom den offentlige forvaltningen, som betrakter samfunnsstyringen som en prosess som ikke kontrolleres av en bestemt organisasjon, samtidig som myndigheten er delegert til autonome enheter innenfor sektorene. Det krever som Busch, Johnsen, Klausen og Vanebo påpeker samarbeid på tvers av selvstendige institusjoner for å prøve å finne løsninger på sammensatte problemer. Utfordringene kan framstå som uoverkommelig når det er sterke og motstridende interesser og ulike former for makt. Samarbeid og utvikling i helsetjenesten på tvers av nivåer og kommuner krever strukturer ut over det administrative og politiske i hver enkelte kommune. Svar på disse ledelses- og styringsutfordringene kan være nettverksorganisering, der en jobber målrettet med felles behov og utfordringer (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011:245-246). Ledelse gjennom nettverk er vesentlig for å utvikle gode og koordinerte tjenester på tvers kommuner og sykehus.

¹¹ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no>

5.4. Ledelse gjennom nettverk

Det fremgår av kartleggingen i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold at det finnes mange ulike fagnettverk og fagfora for helsepersonell i Vestfold, totalt 48 nettverk. Noen nettverk er sammensatt på tvers av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og andre på tvers av kommuner i Vestfold. Det arrangeres mange kurs og fagdager i regi av nettverkene, som får gode tilbakemeldinger. Ledere i sykehjem og hjemmetjenester mener det er for mange nettverk, og at det varierer hvilken nytteverdi det gir for virksomhetene. Det etableres mange nettverksgrupper der det er forventet at alle kommuner skal være representert, noe lederne mener blir for mye. Prioriteringer gjør da at noen kommuner er med og andre ikke. Flere av kommunene beskriver at de har dårlig oversikt over hvilke nettverk de er med i, og hvem i kommunen som deltar. De som sitter i nettverkene brukes derfor lite på tvers av virksomhetene i egen kommune. Enkelte ledere mener også at de selv forventer for lite av dem som deltar i nettverkene. Noen nettverk fungerer veldig godt, mens andre nettverk bærer preg av dårlig kontinuitet, og har lav nytteverdi for å spre informasjon og kompetanse tilbake til de enkelte virksomheter i kommunene i Vestfold og seksjonene på Sykehuset i Vestfold. Mandatene til nettverkene er lite kjent. I kartlegging i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold fremheves disse faktorene som sentrale for at fagnettverkene skal fungerende godt:

- Forankring i ledelse og samarbeidsorganer
- Klare forventninger til deltakerne om kompetanse- og informasjonsspredning
- Kontinuitet i deltakelsen
- Nettverk der alle kommuner og eventuelt sykehuset er representert
- Kjennskap til hvem som deltar i hvilke nettverk

(Vedlegg 6)

Brandi, Hildebrandt og Nordhaug understreker at det er viktig å være nøye med hvilke mål man setter for et samarbeid, slik at et nettverk ikke blir et mål i seg selv, men et middel for å nå felles mål (Brandi, Hildebrandt, Nordhaug, 2001:137-138). De nevner videre at det med høyere forventninger til hurtighet, kvalitet og fleksibilitet er viktig å kunne handle i nettverk for å få tilgang til den nyeste kunnskap som ofte må hentes utenfor organisasjonen (Brandi, Hildebrandt, Nordhaug, 2001:55).

Overordnet ledelse spiller en viktig rolle når det gjelder å understøtte tverrgående nettverks-samarbeid. Hvis leder av et nettverk ikke får støtte og signaler fra øverste ledelse risikerer man at samarbeidet stagnerer. Det finnes ikke noe organ på tvers av kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner i Vestfold, som jobber direkte med koordinering og iverksetting av kompetansedelingstiltak på tvers av nivåene. Gjennom kartleggingen i alle kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold ble troen på et eget utvalg med dette formålet styrket. Nettverkene gir anledning til å dele erfaringer og få tips til videre utvikling fra andre virksomheter innen helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Kompetansedeling gjennom nettverk og på annen måte er viktig for kompetanseutviklingen på tvers av både kommuner, og kommuner og sykehus.

5.5. Kompetansedeling mellom kommuner og sykehus

I en rapport fra forskningsrådet pekes det på mangelfull gjensidig kompetanseoverføring mellom kommuner og sykehus. Kompetansen overføres i hovedsak en vei. Sykehusene stiller opp når kommunene har behov for kompetanse både på system- og individnivå.

Kommunene opplever derimot at interessen fra sykehusene for å skaffe seg innsikt i de kommunale helse- og omsorgstilbudene er noe begrenset og mangelfull. Sykehusenes manglende innsikt i de kommunale helse- og omsorgstilbudene, mener Grimsmo kan medvirke til at spesialisthelsetjenesten ved utskrivning av pasienter forskutterer eller forventer spesielle tilbud og oppfølging fra kommunene (EVASAM, 2016:24). Informasjon om hvilke tilbud som kan forventes skaper forventninger hos pasienter og pårørende som ikke alltid er mulig å imøtekomme i kommunene.

Styret i Helse Sør-Øst sier følgende om behovet for kunnskapsutveksling og kompetanseheving mellom kommuner og sykehus i 2016:

“Kunnskapsutveksling og kompetanseheving er vesentlig, både for at spesialisthelsetjenesten skal bli mer spesialisert, for at kommunene skal kunne ta over oppgaver fra helseforetakene og for at pasientene skal få mer behandling og oppfølging lokalt. Det er viktig at kunnskapsutvekslingen er gjensidig og at det konkretiseres i samarbeidsavtalene hvordan den skal skje, jfr. plikten til gjensidig veiledning vedtatt i forbindelse med stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste. Oppdraget gitt til spesialisthelsetjenesten i 2016 om felles ledelsesutvikling er også et middel for å nå dette. Tiltak som kan bidra til kompetanseheving og kompetanseutvikling med fokus på hensiktsmessig oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil vektlegges i arbeidet med regional utviklingsplan” (Styresak NR 070-2016, HSØ RHF:6¹²).

Riksrevisjonen peker på at helseforetakene har tilbudt kommunene en rekke ulike kompetansehevingstiltak, men få kommuner har hittil benyttet seg av tiltak som ambulerende team, praksiskonsulent og hospitering på sykehus (Riksrevisjonen, Dok 3:5, 2015–2016:12). Avdelingslederne og fagutviklingssykepleierne i studien i de to kommunene opplever derimot at det er lite kurs i regi av Sykehuset i Vestfold, men at de kursene de deltar på er bra. De er også litt usikre på om invitasjonene om kurs kommer frem, eller stopper opp internt i kommunen. Det er ønskelig med flere kurs, særlig i forhold til kroniske sykdommer og akutte situasjoner. Lederne innrømmer at de er for lite flinke til å etterspørre kurs som det er behov for, men etterspør kompetanse når de møter spesielle utfordringer og ved pasientoverføringer. Kurs i denne sammenhengen betegnes som klasseromsundervisning med et fastsatt program for store grupper. Annen opplæring er av en mer praktisk karakter knyttet til spesifikke prosedyrer og tiltak for enkeltpasienter.

¹² <https://www.helse-sorost.no/arrangementer/styremote-8-september-2016>

En av fagutviklingssykepleierne i den ene kommunen i studien uttrykker dette om opplæringstilbudet fra Sykehuset i Vestfold: "Vi får ikke mye opplæring på SiV. De er ikke mye velvillig heller". En avdelingsleder i den andre kommunen sier:

"Jeg synes ikke det er så mye, jeg. Det er sånn ad hoc når vi får pasienter med spesielle behov da. Hvis vi ikke har kompetanse, eller liten kompetanse ber vi sykehuset om veiledning, eller vi blir også invitert, men da er det mer knyttet til pasientcase eller spesielle ting."

En annen avdelingsleder svarer:

"Tilbudet er jo der, men vi får ikke brukt det så mye. Kursene der har jo som regel vært gratis, så det er jo noen som drar på fritiden"

Avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere sier samtidig at det ville være fint om Sykehuset i Vestfold satt opp kurs i temaer som går regelmessig, slik at flere kan få kursene med seg. Om helsepersonell i kommunene tar kontakt med sykehuset for råd og veiledning, er avhengig av hvor ofte de møter de ulike utfordringene, hvilken kompetanse de har internt, og hvilken terskel og kultur det er for å dele kompetanse.

Mye av kompetansedelingen foregår i forbindelse med overføringer og oppfølging av enkeltpasienter som skal ha kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne formen for kompetansedeling er noe kommunene både i studien i de to kommunene og i kartleggingen i alle kommunene i Vestfold opplever fungerer godt. På spørsmål om de inviterer ressurser fra sykehuset til interne fagdager, eller undervisning som foregår lokalt på den enkelte avdeling eller virksomhet for sykehjem eller hjemmetjenester, svarer en av avdelingslederne i den ene kommunen i studien:

"Det kan jeg ikke huske at vi har gjort. Det er disse hygiesykepleierne da, de kommer jo litt rundt."

Avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere i en av de to kommunene i studien opplever at det er lett å spørre seksjoner på Sykehuset i Vestfold om opplæring og veiledning, men i den andre kommunen opplever de å bli møtt mer negativt og avvisende. De lederne og fagutviklingssykepleierne som opplever å bli møtt negativt, innrømmer at de selv tar for lite initiativ i saker og situasjoner der de har behov for opplæring. Fra kommunen som opplever å bli møtt positivt, beskriver en av avdelingslederne det slik:

"Jeg tror aldri vi har fått noe nei, det er positivt uansett. Eller om vi kommer dit, hospiterer eller er med pasient og får opplæring i utstyret de har da. Så kan vi jo ringe i ettertid, og de er ganske imøtekomende."

De ulike oppfatningene i disse to kommunene kan forklares ved det Filstad fremhever, det er ikke bare selve kunnskapen som er viktig for å forstå kunnskapsdeling, men også ledelsen, omgivelsene, mellommenneskelige relasjoner, hvorvidt man ønsker, setter av tid eller erkjenner behovet for å dele kunnskap. For den enkelte vil også motivet for å dele kunnskapen være preget av om den kunnskapen man har er verdifull og bør deles. Kunnskapsdeling er derfor en sosial praksis for læring og kunnskapsutvikling, der erfaringene bygger relasjoner og kan fremme eller hemme videre kompetansedeling mellom partene

(Filstad, 2015:111-112). Dårlig erfaringer kan være med på å farge inntrykket av opplæringstilbudene fra Sykehuset i Vestfold, og etterspørsel etter kompetansehevende tiltak. Som Filstad understreker er tillit viktig for motivasjonen til å utvikle og dele kunnskap, og selv oppsøke nødvendige læringsarenaer (Filstad, 2015:243).

Kompetanseoverføring er det begrepet som tidligere har blitt benyttet, der overføring av kompetanse i grove trekk har vært ensidig fra spesialisthelsetjenesten til helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester. For å sette fokus på gjensidighet og likeverd og engasjere begge grupper helsepersonell til å se sin rolle i kompetansesamarbeidet, har det vært viktig i kartleggingen i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold å legge bort begrepet *kompetanseoverføring* og erstatte dette med *kompetansedeling*. Innledningsvis i kartleggingen ble det tydelig at begrepsbruken var av vesentlig betydning for å signalisere gjensidighet.

Kartleggingen i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold viser at det er lite tiltak og fokus på å dele kompetansen som helsepersonell i kommunene har til helsepersonell i sykehuset, der temaer som helhetlig tilnærming, funksjonsvurdering og demens er områder som fremkommer som aktuelle, i tillegg til kjennskap til tjenestene i kommunene (Vedlegg 6). Et gjennomgående funn i Forskningsrådets evaluering er nettopp at spesialisthelsetjenesten i for liten grad har bidratt til kompetansestøtte og samhandling med kommunene, slik at kommunene blir i stand til å håndtere de oppgavene som samhandlingsreformen forutsetter. Noe av problemet har vært at sykehusene mangler forståelse av kommunehelsetjenestens omfattende kompetanse, som er annerledes kompetanse enn spesialisthelsetjenestens. Helsepersonell i sykehus kan ikke gi relevante råd og veiledning hvis man ikke skjønner hvor den andre parten står og trenger hjelp til. Her må helseforetakene ta en langt mer aktiv, lyttende og tilbudsorientert rolle i samarbeidet. Kommunene på sin side bør også i langt større grad ta ansvar for kompetansehevende tiltak blant leger og annet helsepersonell (EVASAM, 2016: 54). Det er dermed en erkjennelse av at det har vært for lite fokus på kompetansedeling, og på gjensidigheten mellom sykehus og kommuner. Kompetansedeling er en av flere måter å utvikle kompetansen til helsepersonell, og det kan gjennomføres i nettverk, som kurs, rådgivning og ved praktisk læring for fagspesifikke temaer, prosedyrer og knyttet til enkeltbrukere eller pasienter. For å dekke behovet for kompetanse vil det være aktuelt å koordinere kompetansetiltak i den enkelte kommune, på tvers av kommuner for de som jobber med de samme helsetjenestene og tiltak for deltakere på tvers av nivåene - kommuner og sykehus.

Kompetansedelingen mellom kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold bærer i dag preg av lite samhandling og koordinering. Det arrangeres mange enkelttiltak i regi av sykehuset, Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, nettverk, kommunene selv og andre aktører. Invitasjon til kurs og fagdager fra Sykehuset i Vestfold og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold når ikke frem til relevante helsepersonellgrupper i den enkelte kommune, og det finnes ikke en felles oversikt over

tilgjengelig kurs og fagdager som det er mulig å delta på. Nettsidene til Sykehuset i Vestfold og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold benyttes i liten grad av helsepersonell i kommunene, og det er ønskelig med en felles nettportal for kompetanse- og informasjonsdeling. Deltakelsen på de kurs som arrangeres bærer preg av at noen kommuner er bedre representert enn andre. Kommunene ønsker en bedre oversikt og koordinering av kurs, og at kurs for helsepersonell på Sykehuset i Vestfold i større grad er åpne for deltakelse fra kommunene. Det er lettere å oppnå høyere deltakelse hvis undervisning også kan arrangeres ute i kommunene i Vestfold, fordi reiseveien gjerne fører til at de ansatte må ha fri hele dagen fremfor noen timer.

Sykehuset i Vestfold tilbyr undervisning og kurs gjennom åpne invitasjoner, eller undervisning til mindre grupper. Det er lite av opplæringen som er koordinert som felles tiltak fra flere seksjoner i sykehuset, med unntak av opplæringstiltak ved Simuleringssenteret der undervisningskrefter fra flere seksjoner benyttes. Kurs for små eller store grupper tilbys i stor grad på etterspørsel. Det gis råd og opplæring rette mot enkeltpasienter. Større kurs med bred deltakelse er i stor grad basert på nasjonale satsningsområder. Det er lite samarbeid mellom kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold om hvilke kurs og opplæringstiltak som det er behov for (Vedlegg 6).

En av virksomhetslederne i studien i de to kommunene sier det på denne måten: “Vi er usikre på hva vi kan bestille av tiltak og bistand”. Noen av lederne er usikre på om det er så lite kurs som tilbys fra Sykehuset i Vestfold, eller om invitasjoner ikke kommer frem. En av avdelingslederne fremhever dette slik:

“Jeg lurar bare på hvordan vi får greie på sånne kurs. Det er jo bare sånn via via. Det hender at vi får noen info-brosjyrer eller ark fra sykehuset, og da blir det lagt på avdelingen. Ja, så hender det at vi får det på mail, men det er lenge siden (...) Det har ikke vært noe etter sommeren. Så det kunne de kanskje ha vært litt bedre på, hvis de har noe da. Men det kan hende vi må være flinkere å gå inn på den nettsiden og da, fordi det ligger sikkert noe der. Det kan hende (...) det er jeg ikke flink til.”

Utsagnet over viser at det er ingen struktur for hvor ledere og helsepersonell i kommunene finner informasjon om kurs, og ingen sikker måte der invitasjoner når potensielle deltakere. Det er derfor tilfeldig hvilke invitasjoner de i kommunene får med seg, og deltakelsen blir i stor grad preget av dette. Det kan være noe av forklaringen på at helsepersonell fra noen kommuner deltar på kurs, og helsepersonell fra andre kommuner ikke. Når det kun er enkelte kurs som publiseres på sykehusets nettsider og det oppleves som vanskelig å finne frem på sidene, medvirker det til at nettsidene ikke benyttes. Avdelingsledere i kommunene fremhever under gruppeintervjuene at en forbedring vil være å ha en smørbrøddliste som ligger tilgjengelig på nettet å kunne velge ut i fra.

Kurstilbudet innen e-læring har et potensiale for å deles og tas i bruk i større skala enn i dag. Andre kommunikasjonsformer som nettkonferanser, og veiledning og opplæring ved bruk av bildeteknologi benyttes lite i Vestfold i dag, og kan med fordel videreutvikles for at tilbudene

skal nå flere (Vedlegg 6). For å kunne planlegge og koordinere kompetansetiltak som dekker behovene både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må begge parter kjenne til- og erkjenne kompetansebehovene.

5.6. Kjennskap til hverandres behov

Ledere på Sykehuset i Vestfold sier de kjenner lite til hvilket kompetansebehov kommunene har, og hva de kan forvente at helsepersonell i kommunene i Vestfold har kompetanse på. På samme måte som mange av lederne i kommunene ikke vet hva de kan be om, og hvem de kan kontakte i sykehuset for opplæring og undervisning. Lederne i kommunene sier at det hadde vært fint om helsepersonell i sykehuset i større grad kjente til hva pasientene kan forvente seg av de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Vedlegg 6). På spørsmål om hva kommunehelsetjenesten kan lære helsepersonell i sykehus svarer en av fagutviklings-sykepleierne i studien i de to kommunene: "Hva kan vi lære dem, de er jo så spesialiserte". En annen fagutviklingssykepleier sier:

"Jeg klarer egentlig ikke helt å se den veien, for jeg tenker at alle den grunnleggende sykepleiekunnskapen og alt det (...), men sykehuset er jo så spesialisert. Jeg tenker at hvis vi har pasienter som blir sendt til sykehuset, så er det jo fordi de er så syke at ikke vi klarer å ta hånd om dem, og da har jo ikke vi den kompetansen som kreves, men de sitter med den."

Ansatte i kommunehelsetjenesten har en bredere kompetanse og er i større grad enn helsepersonell i sykehuset i stand til å se helhetlige løsninger for pasientene. Helsepersonell i sykehus er mest opptatt av behandling og observasjoner omkring det som har hovedfokuset for den konkrete innleggelse eller konsultasjon på poliklinikk. Ulikheter i kompetanse kommer sterkest til syne ved overføringssituasjonene, ved innleggelse og utskrivelse fra sykehus. Avvikssaker fra kommunene avdekker at det i noen tilfeller handler om manglende forståelse og kompetanse blant helsepersonell i Sykehuset i Vestfold.

Historisk er det overføring av kompetanse fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som har hatt hovedfokuset. Det har vært lite gjensidighet i kompetansedelingen. Behovet for gjensidig kompetansedeling øker i takt med at tjenestene i kommunene utvikler seg. Mange helsepersonell i sykehus sitter med en foreldet oppfatning av hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene er organisert, samtidig som det forventes at helsepersonell i kommunene skal drive mer aktiv behandling og ta i mot mer komplekse pasienter i hjemmet eller på sykehjem. Ledere i kommunene i Vestfold gir tilbakemelding om at det i sykehuset er behov for både å styrke det helhetlige pasientfokuset, og evnen til å gjøre gode funksjonsvurderinger som grunnlag for tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunene. Det er ellers behov for en større bevissthet omkring betydningen av god planlegging før utskrivelse fra sykehus og hva kommunene trenger av informasjon for å ivareta videre behandling og observasjoner (Vedlegg 6).

Fagutviklingssykepleiere i studien i de to kommunene uttaler seg på denne måten:

“Det gis lovnader, som vi ikke kjenner oss igjen i”, og “Vi opplever ofte at det ikke er noe samhandling, og at all makta ligger på sykehuset”.

Sykepleieseksjonene på Sykehuset i Vestfold sier at de trenger bedre innsikt i rutiner for oppfølging i kommunene, brukeres rettigheter og tilbud som pasientene har i kommunene fra før. Lederne i sykepleieseksjonene sier de trenger bedre innsikt i systemet rundt pasienten, hvilke oppgaver og organisering kommunehelsetjenesten har, og hvilke muligheter og begrensninger som ligger i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Ved opplæring i prosedyrer trenger sykehuset mer kjennskap til hvilket utstyr som er tilgjengelig og hvilke prosedyrer som gjelder i helse- og omsorgstjenesten i kommunene, for å kunne gi en tilpasset opplæring. Det er behov for en bedre oversikt over hvor en skal henvende seg, og kontaktpersoner på tjenestestedene i kommunene. Det er særlig aktuelt ved manglende informasjon, innleggelsesrapport eller henvisning ved innleggelse, eller når det er akutte behov for helse- og omsorgstjenester for pasienter som ikke har kommunale tjenester fra før (Vedlegg 6).

Hospitering og kombinasjonsstillinger, der helsepersonell praktiserer i spesialisthelsetjeneste og i kommune, er en form for kompetansedeling der kjennskap til hverandre og tjenestene er et av de viktigste målene. Det er flere andre helseforetak i Norge som har satt utveksling av helsepersonell mellom sykehus og kommuner i et godt system, og har en relativt høy hospiteringsaktivitet. Dalin understreker at det ikke er noe selvfølge at slik tilleggs-kompetanse får aksept og forståelse, og at det ofte krever en modningsprosess (Dalin, 1999:110). Fordi om ledere erkjenner at det er behov for kompetansen om hverandres tjenesteområde, vil det sannsynligvis variere hvor sentralt medarbeiderne mener dette er. Hospitering benyttes lite i dag i følge kartleggingen som nylig er gjort i Sykehuset i Vestfold og alle kommuner i Vestfold. Hospitering inngår i samarbeidsavtalen mellom Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold i delavtale g) under punkt 4.2.:

“Begge parter skal bidra til kompetanseheving og kunnskapsoverføring, for eksempel gjennom faglige nettverk, hospiteringsordninger, felles møteplasser, bruk av ambulerende team og praksiskonsulentordningen”¹³.

Kartleggingen i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold viser at det som foregår av hospitering er helsepersonell fra kommuner og til noen seksjoner på sykehuset. Da er det gjerne det faglige utbytte som har vært fokuset, og ikke med utgangspunkt i å styrke samhandlingen. Fra sykehuset og til kommunene er det per i dag ingen hospiteringsaktivitet (Vedlegg 6). For helsepersonell i spesialisthelsetjenesten er det få andre måter å tilegne seg kjennskap til kommunale helse- og omsorgstjenester enn å jobbe utadrettet i konkrete pasientsaker eller hospitere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som de

¹³ <https://www.siv.no/helsefaglig/samhandling>

samhandler med til daglig. Det er ikke noe overordnet system for hospitering mellom kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold i dag. Hospiteringen er basert på direktehenvendelser og avtaler om alt fra noen timer til flere dager. Mål og innhold for hospiteringen er ikke definert. Begge parter tenker at hospitering vil være nyttig for å øke innsikten på tvers av nivåene, men det forutsetter et bedre system slik at hospiteringsoppholdene blir mest mulig relevante for den enkelte (Vedlegg 6). En av avdelingslederne i studien i de to kommunene beskriver effekten av at ansatte i sykehuset hospiterer i kommunene slik:

“Men jeg bare tenker at en sånn utveksling, altså vil jo fremme en fellesforståelse også da, så hvis det kommer en ut, så tenker jeg at det er en gevinst i seg selv, nesten.”

Flere ledere både i studien i de to kommunene og kartleggingen i de øvrige kommuner nevner at det har økonomiske konsekvenser når den ansatte som hospiterer må erstattes med vikar, og at det av den grunn kan være vanskelig å få til.

5.7. Oppsummering

I dette kapittelet har jeg svart på følgende spørsmål:

- Hvor viktig er sykehusets rolle i å øke kompetansen til helsepersonell i kommunene?
- Er avtaler og mål for samhandling på tvers av virksomheter og nivåer tydelig og kjent for ledere og ansatte?
- Hva skal til for at kommunene i Vestfold skal iverksette felles kompetansetiltak for helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester?

Det viser seg gjennom funnene i studien i de to kommunene og kartlegging i de øvrige kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold, at det er lite fokus og struktur for kompetansedeling mellom sykehuset og kommunene. Det tilbys kurs, råd og veiledning fra sykehuset til kommunene på forespørsel og i enkeltsaker, det er lite som arrangeres systematisk og gjentakende. Informasjon om kursene når ikke frem, og flere av avdelingslederne i kommunene bekrefter at de benytter nettsidene til Sykehuset i Vestfold lite. Fokuset på å øke kompetanse og innsikt om kommunale helse- og omsorgstjenester er nærmest fraværende i sykehuset.

Samarbeidsavtalene er lite kjent for helsepersonell og ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommuner og på sykehuset, og flere hevder at samarbeidsavtalene er for generelle. Det er mange ulike nettverk for fag og samhandling i Vestfold, men hvem som deltar i nettverkene og nettverkens roller er lite kjent. Det fremkommer ingen form for samarbeid mellom virksomheter for sykehjem og hjemmetjenester på tvers av kommuner for å utvikle felles kompetansetiltak.

Virksomheter for sykehjem og hjemmetjenester opplever uklare forventninger til nivået på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og sykehuset opplever ulikheter i hvilken oppfølging og viderebehandling helsepersonell i kommunene kan håndtere. Dette skaper

utfordringer i samhandlingen. Videre er det ikke klart for Sykehuset i Vestfold hvilke behov helsepersonell i kommunene har for utvikling av kompetanse, og hvilken rolle kommunene ønsker at sykehuset skal ha i kompetanseutviklingen.

Rammer for å drive kompetansedeling og kompetanseutvikling er avgjørende for å kunne løfte kompetansen i takt med tjenesteutvikling i virksomheter for sykehjem og hjemmetjenester i kommunene. I neste kapittel vil jeg fokusere på lederes forutsetninger og knapphetsfaktorer for å planlegge og lede kompetanseutvikling i takt med kravene som følge av samhandlingsreformen.

6. Utviklingen av kompetanse etter samhandlingsreformen

Det har vært en noe sterkere ressursvekst i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten etter samhandlingsreformen ble innført. Tall viser en dreining mot høyere kvalifisert personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fra 2012 har det vært en tydelig utvikling i retning av økt antall mottakere av korttidsopphold og hjemme-tjenester. Tallet på liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i sykehusene er kraftig redusert. Pasientene som skrives ut til kommunale tjenester oppfattes som sykere, og det er en viss økning i antallet reinnleggelser som kan skyldes at pasienter skrives ut for tidlig, at den helsefaglige kompetansen i kommunene ikke er tilstrekkelig eller at oppfølgingen ved utskrivning ikke er god nok. Stortingsmelding nr. 26 beskriver at fokuset i samhandlingsreformen i stor grad har handlet om samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og i mindre grad om manglende helhet og tverrfaglighet innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (St. meld. 26, 2014-2015:33-34).

Riksrevisjonen viser til i sin rapport at det finnes lite kunnskap om kvaliteten i tjenestene til pasientene som skrives ut til kommunene. For tidlig utskrivning og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet, er årsak til at flere pasienter blir reinnlagt i sykehus. Andre funn i riksrevisjonens undersøkelsen er at kommunene i liten grad har økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen. To av tre kommuner har i begrenset grad styrket kompetansen blant de ansatte i sykehjem og hjemmetjeneste i form av etter- og videreutdanning. Helseforetakene har tilbudt kommunene en rekke ulike kompetansehevingstiltak. Få kommuner har til nå benyttet seg av tiltak som ambulerende team, praksiskonsulenter og hospitering på sykehus (Riksrevisjonen, dok 3:5, 2015-2016:89).

I dette kapittelet vil jeg belyse hvordan kompetansen har utviklet seg i kommunale helse- og omsorgstjenester i Vestfold etter samhandlingsreformen, og spørsmålet jeg vil svare på i dette kapittelet er formulert slik: *Opplever ledere at forutsetningene er til stede for å drive systematisk kompetanseutvikling?* Teori om kommunalt lederskap, knapphetsfaktorene økonomi og tid, og leders evne til å prioritere og handle i en hektisk hverdag bidrar i forklaringen av aktuelle funn. Jeg har valgt å benytte teori fra blant annet Stokkeland og Kaarbø som skriver om brukernes krav og forventinger, og Schaug som skriver om brukerstyring og samspillet mellom administrasjon og politikk. Jeg har benyttet Hübertz Haaland og Dale som skriver om tid som knapphetsfaktor særlig for førstegangsledere, Brunsson og Brunsson som skriver om gjennomføring av reformer og beslutninger, og Busch, Johnsen og Vanebo som skriver om økonomiplaner og økonomistyring.

6.1. Utvikling av kompetanse i kommunehelsetjenesten i Vestfold

Kompetansetiltakene som gjennomføres for helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester i de to kommunene i studien er neppe tilstrekkelig og riktig for å dekke de kompetansebehovene som samhandlingsreformen har ført med seg. Om kompetansen i tjenestene skal løftes totalt sett, kreves det en mer systematisk tilnærming der innhold og form på tiltakene

dekker de nye behovene for kompetanse. Det systematiske må innebære at tiltakene gjennomføres for hele ansattgrupper og eventuelt differensieres i forhold til roller og profesjoner. Et høyere kompetansenivå generelt må til for at helsepersonell i kommunehelsetjenesten skal gjøre riktige vurderinger til riktig tid. Det er helsepersonell i kommunehelsetjenesten som skal iverksette nødvendig tiltak for å begrense forverring i brukernes tilstand, gi riktig behandling og forebygge innleggelser og reinnleggelser i sykehus hos brukere som er eldre eller har kroniske sykdommer. Om kommunen har utviklet seg i takt med det som forventes etter innføringen av samhandlingsreformen uttrykker kommunalsjefen i en av kommunene i studien slik:

“Jeg opplever ikke at vi har utviklet oss i takt med behovene som har kommet i kjølevannet av samhandlingsreformen. Vi ligger bakpå.”

Flere av avdelingslederne og fagutviklingssykepleierne uttrykker at det var større fokus på samhandlingsreformen og dens konsekvenser i starten av reformperioden, fra 2012. Fordi om det er minst like aktuelt i dag og utviklingen bare fortsetter, så opplever de som står de kommunale helse- og omsorgstjenestene nærmest at fokus fra kommunens øverste ledelse er svekket. En av avdelingslederne sier noe om endring av overordnet fokus fra starten av samhandlingsreformen og frem til i dag:

“Da skulle vi liksom ha samhandlingssykepleiere som skulle ha en viss type kunnskap når vi utlyste de stillingene den gang, men nå er det jo liksom ikke fokus på det lengre (...) De behøver ikke å ha noen spesiell kompetanse utover å være sykepleier fra høyere hold. Det er liksom opp til oss som ansetter, hva er det vi trenger, hva er behovet. Det er ikke noen føringer mer enn det. Det er liksom, er det noe nytt noe som vi ellers kan ha fokus på, som om samhandlingsreformen liksom er forbi. Det er bare vi som sitter og jobber i det fremdeles, som vet sideeffektene på godt og vondt. Mye er bra, men (...)”

Utsagnet over belyser en situasjon som ikke er uvanlig ved organisasjonsreformer. Brunsson påpeker det samme. Det tar ofte lang tid å gjennomføre organisasjonsreformer, og det er stor risiko for at beslutningstakerne får nye ideer. Når reformen er gjennomført, har beslutningstaker rukket å vedta en ny reform med et annet innhold. Det kan gå fort for beslutningstaker å endre mening, men det tar som oftest lengre tid å gjennomføre beslutningene (Brunsson, Brunsson, 2015:92-93).

Det er mer komplekst å lede dagens kommunehelsetjenester. Det er større krav til utvikling, rapportering og økonomiske krav enn det var tidligere. Denne situasjonen krever høy og mer sammensatt kompetanse blant ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, noe det i varierende grad fokuseres på. En av kommunalsjefene i studien i de to kommunene uttrykker at det er fokus på å rekruttere gode fagpersoner fremfor kandidater med ledererfaring og lederutdanning til stillinger som avdelingsledere, og at lederkompetanse må utvikles etter hvert. Tross dette uttrykker kommunalsjefen at forutsetningen for å drive systematisk kompetanseutvikling preges på noen områder av lav lederkompetanse.

En av avdelingslederne beskriver utvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på denne måten:

“Når vi ser hvilket pasientbilde vi har nå kontra for fire år siden, så er det helt andre pasienter etter samhandlingsreformen, som kommer inn, eller kommer hjem enn tidligere. Så det har jo gitt oss store utfordringer, mye mer krevende pasienter som igjen krever mer av den enkelte sykepleier. Det er tøffere oppdrag, og mange som trenger sykepleier kontra tidligere.”

Brukerne av kommunale helsetjenester har også endret seg når det gjelder hvor opplyst de selv og deres pårørende er, både når det gjelder behandling og pleie og når det gjelder hvilke helsetjenester de har krav på. En av lederne sier at de ser en endring i hva klager inneholder,

“det er blitt mye mer sånn spot-on, dette har jeg krav på, dette har jeg rett til og dette forventer jeg.”

Det er helt klart blitt en større utfordring i å svare opp og tilrettelegge for de helse- og omsorgstjenestene brukerne har krav på. Brukere og pårørendes økte oppmerksomhet på hvilke krav og rettigheter de har, bekreftes av Stokkeland og Kaarbø. Offentlige virksomheter lærer av næringslivet og snakker gjerne om brukere og publikum. Innbyggerne har blitt mer oppmerksom på rettighetene sine, stiller krav, forventer tydelig informasjon og sier i fra om forventningene ikke innfris. Terskelen er lav for å klage gjennom pressemedia og sosial medier. I ledelseslitteraturen kalles dette for “service management”. Brukerne er det virksomhetene er til for, en oppfatning som kan la seg forene med at ansatte er folkets tjenere. Politikere og offentlige virksomheter skaper forventninger og lover mye i sin iver etter å møte publikum. Ved å gi nøktern informasjon om rettigheter og plikter, vil det hjelpe for de som møter brukerne til daglig. Det er mer og mer vanlig å ha faste brukermøter der ledere og saksbehandlere retter oppmerksomheten mot brukernes behov og reaksjoner (Stokkeland, Kaarbø, 2014:106-107). En større grad av brukerstyring og medvirkning innenfor helse- og omsorgssektoren i dag, betyr mer tilrettelegging og “målsøm” og mindre standardisering av tjenestene. Det krever en balanse mellom å heve kvaliteten for de som allerede mottar tjenester, eller å prioritere ressursene til flere brukere med tilstrekkelig kvalitet (Schaug, 2010:78). Avdelingslederne i studien i de to kommunene opplever altså at det stilles større krav fra brukere og pårørende, og at pasientbildet har endret seg vesentlig i løpet av de siste årene.

Kommunehelsetjenesten og deres ledere har ulike forutsetninger for å møte de nye kravene fra brukere og pårørende og tilby den samme kvaliteten på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forutsetningene påvirkes blant annet av organisering, økonomi, og ledererfaring og lederkompetanse.

6.2. Forutsetninger for utvikling av kompetanse

Utvikling av kompetanse krever fokus og planlegging fra leders side, men økonomiske rammer og organisering er også faktorer som påvirker handingsrommet for å gjennomføre

de tiltak som det er behov for. Behovene er oftest begrunnet i hva ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester tenker må være et minimum av kompetanse for å tilfredsstille krav og forsvarlighet til de kommunale helsetjenestene.

Økonomi

Avdelingslederne i studien i de to kommunene opplever et stort fokus på økonomi, og at det begrenser mulighetene for kompetanseutvikling. En av avdelingslederne sier:

“Vi har en liten pott til kurs for ansatte. Utfordringen er å sende noen på kurs, når man må ha vikarer inn. ”

En annen avdelingsleder sier:

“Det er jo den økonomien da, ikke sant, men vi sender noe på kurs. Spør du de ansatte så er det for lite. Ja, alt for lite. Det skal helst være gratiskurs da (...) og vi har jo noen som er det, det er sånne i nettverk for ressurspsykepleiere, men ellers så er det jo tynt med eksterne kurs de får reise på.”

En av kommunalsjefene i studien i de to kommunene sier at det legges ikke føringer på om lederne skal sette av ressurser til undervisningsdager for de ansatte, men lederne er tildelt en ramme og har lov og planverk som de må holde seg innenfor. De fleste av respondentene i studien av de to kommunene beskriver at det er økonomien som begrenser mulighetene for eksterne kompetansetiltak. Ledere på avdelingene ser isolert på budsjettposten for kurs, som for noen kan være omkring 10 000 kroner årlig for en hel avdeling på 30-40 ansatte. Kommunalsjefene i studien i de to kommunene oppfatter at handlingsrommet er større i den totale rammen, men at det kan kreve annen organisering og prioritering for å oppnå et større økonomisk handlingsrom for kompetanseutvikling. På spørsmål om forutsetningene er til stede for å drive systematisk kompetanseutvikling svarer en av kommunalsjefene:

“Har fokus på dette, men ikke bra nok. Har små rammer. Krever en visse egeninnsats fra ansatte.(...) Forskjell på sykehjem og hjemmetjenester, handler i stor grad om lederkompetanse.”

Kommunalsjefen i den andre kommunen mener også at ressursene er knappe, avdelingslederne er prisgitt rammene og det krever mye av dem som driver kompetanseutvikling og internundervisning. Oppfatningen av om forutsetninger er til stede kan være preget av om avdelingsledere ser sammenhengen, og kommunalsjefen mener at det kan være behov for et tydeligere mandat for ledelse av kompetanseutvikling. Virksomhetsleder i den ene kommunen i studien mener at forutsetningene er til stede for å drive systematisk kompetanseutvikling, men at avdelingslederne ikke nødvendigvis er enig i dette. Avdelingslederne blir fanget av driftsoppgavene og opplever at de verken har nok tid eller økonomiske rammer.

Når kommunalsjefer og virksomhetsleder beskriver at avdelingsledere i ulik grad finner handlingsrom til faglig utvikling, kan det handle om hvordan de får mulighet eller benytter muligheten til å medvirke når økonomiplaner legges, om de har økonomisk fagkompetanse og har målrettet fokus i økonomistyringen i det daglig. Som Busch, Johnsen og Vanebo sier,

er de økonomiske planene i seg selv ingen garanti for god økonomisk styring, men de angir mål og tiltak. Den reelle økonomistyringen forutsetter at målene er retningsgivende for de daglige beslutningene (Busch, Johnsen, Vanebo, 2002:226-228).

I tillegg til krav om å holde seg innenfor de økonomiske rammene i offentlige virksomheter, skal helse- og omsorgstjenestene i kommunene ha høyere produktivitet, kvalitet og gi bedre service til befolkningen. Kommunalsjefene i studien i de to kommunene forventer at avdelingsledere og virksomhetsledere fremmer sine behov i budsjettprosessen, for å kunne iverksette nødvendige og pålagte tiltak. Litt oppgitt sier en av avdelingslederne følgende om å stille krav i budsjettprosessen:

“Vi prøver jo på en måte å synliggjøre hva som er konsekvensen av å ikke ha kompetanse, men det er jo ikke sånn at det alltid hjelper for det, for rammene blir ikke økt fordi om vi ønsker oss mer til fag.”

Oppfatningen til denne avdelingslederen om at det er vanskelig å påvirke de økonomiske rammene, kan igjen føre til at avdelingslederen ikke engasjerer seg i så stor grad for å igangsette nye og flere kompetansetiltak som krever utvidere rammer. Det er avgjørende om ledere generelt har kjennskap til hvilke prosesser det er viktig å medvirke i, og om overordnet ledelse og økonomiavdelingen legger opp til at leder for den enkelte avdeling får være delaktig når mål og økonomi for neste år planlegges. Busch, Johnsen og Vanebo fremhever at økonomiplanene blir mer reelle ut i fra hva som er utfordringene og hva som forventes av utvikling som får innvirkning på økonomien, om kunnskapen i organisasjonen benyttes i budsjettprosessen (Busch, Johnsen, Vanebo, 2002:226-228). Når det legges økonomiske planer er det altså viktig at avdelingsledere i sykehjem og hjemmetjenester involveres i planleggingsprosessen og har nødvendig fagkompetanse innenfor økonomi og kjenner til de viktigste begrepene. Ved manglende medvirkning eller lite forståelse av de økonomiske beslutningsprosesser, kan det føre til at viktig faktorer ikke blir vurdert eller at behovene fremkommer i andre situasjoner når den økonomiske rammen allerede er lagt.

Politikerne er avhengig av godt gjennomarbeidet beslutningsgrunnlag fra ledere og fagpersoner for å gjøre prioriteringer. Men de fanges også av mediesaker, der de involverer seg gjennom det som står i avisen, og gjennom medieoppslagene sier noe om hva de kan forvente at helsepersonell må utøve av sykepleie eller omsorg for en enkelt pasient. Beslutningsprosessen i politiske saker krever at målene, midlene og alternative løsninger og deres konsekvenser må klarlegges, før man beslutter på bakgrunn av vurdering av løsningenes måloppnåelse (Amdam, Veggeland, 2011:61). Som Schaug påpeker skal argumenter og anbefalinger fra administrasjonens toppledelse fortrinnsvis være basert på objektive, logiske og saklige forhold. Ledere i kommunen må være forberedt på at egen saklige og overbevisende anbefalinger ikke alltid vil være avgjørende for den politiske vurderingen, men må allikevel ha en fast overbevisning om at det politiske demokratiske system er viktig og stille seg lojalt bak de beslutninger som fattes (Schaug, 2010:36). Schaug poengterer i tillegg at det er nødvendig å mestre samspillet mellom administrasjon og politikk for å få suksess som kommunal leder. Ansvar til lederne er å gi politikerne råd, og

konsekvensen kan bli store om dette ikke blir gjort (Schaug, 2010:106-107). En av kommunalsjefene i studien i de to kommunene beskriver hvilken rolle lederne har i politiske saker ved å si at:

“Det er vi som må gjøre politikere gode, og i stand til å fatte de beslutningene som vi er opptatt av. Den dialogen med politikerne opplever jeg at er god.”

Økonomistyring i kommunehelsetjenesten er altså vanskelig, både på grunn av økning i antall brukere og brukernes juridiske krav på å motta visse helse- og omsorgstjenester. Som Schaug påpeker innebærer det en helt spesiell utfordring for kommunene at retten til omsorgstjenester er uavhengig av den kommunale økonomien (Schaug, 2010:78).

Respondentene i den ene av kommunene i studien beskriver at prosjekter er en positiv måte å heve fokuset på kompetanseutvikling, og få bevilget ekstra ressurser. Fylkesmannen tildeler årlig midler til innovasjons og kompetanseprosjekter. Det viser seg i kartleggingen i kommunene i Vestfold at midlene fra Fylkesmannen i ulik grad er kjent for lederne i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og fokuset og engasjementet på ekstern finansiering som ressurstilskudd til faglig utvikling er ulikt. Virksomhetslederne i studien i de to kommunene nevner at det som regel er de som tar initiativ til å søke om eksterne midler (Vedlegg 6).

Tid som knapphetsfaktor

Noe av avdelingslederne i studien i de to kommunene sier at de ikke har tid til å lage kompetanseplaner og følge opp at opplæring gjennomføres, og at driften går foran dette arbeidet. Avdelingslederne opplever at de har fått flere og flere administrative oppgaver, og mindre støttefunksjoner lokalt. En av avdelingslederne beskriver hvordan økningen i administrative oppgaver påvirker tid og tilgjengelighet for de ansatte på denne måten:

“Plutselig var det vi som ledere som gjorde alt det de gjorde før for oss, og ikke sant, alt det vi blir pålagt, det blir jo mindre til ansatte. Da klarer vi jo ikke å ha det fokuset kanskje, og se ansatte som man gjorde før da. Hva de trengte og hva de ikke følte seg så trygge på var det lettere å spørre om før i gangen eller at de tok kontakt, men nå ser de hele tiden at du sitter med nesen nede i pc’n og bare kravler av gårde. Da blir det ikke til at de spør deg så mye, eller det blir ikke så lett for oss ledere å se, synes jeg da. I tillegg til at det er vanskelig for oss å klare å være oppdatert på absolutt alle de tingene der ute, så de må heller spørre hverandre enn å komme og spørre meg. Og ha oversikt over alt som skjer, som leder da, det går ikke det.”

Avdelingslederne som ikke har egne sykepleiere med ansvar for kompetanseutvikling, beskriver at de har lite tid til å se ansatt, og har mange administrative oppgaver. De har mange ansatte og klarer ikke å ha oversikt, og en av avdelingslederne beskriver det slik, “det gjør at vi ikke ser hva de ansatte har behov for”.

En av fagutviklingssykepleierne beskriver at det er lettere og nå ansatte i sykehjem enn i hjemmetjenesten for individuell opplæring. Fagutviklingssykepleieren beskriver hvordan hun når de ansatte i sykehjemmet på denne måten:

“Jeg har full oversikt, jeg kan snakke med de om morgenen, bli med på rapporter, og jeg kan si at da tar vi det fra 11.30 til 12.00 før du går i lunsj. Jeg kan være aktivt med hele veien.”

En av avdelingslederne i hjemmetjenesten beskriver det som mer utfordrende for fagutviklingssykepleier og nå de ansatte og sier:

“Vi er ikke i nærheten av fagutviklingssykepleier – så det er ikke så lett. En fagutviklingssykepleier som skal ta seg av fem soner.”

Utsagnene til avdelingsledere og fagutviklingssykepleier tyder på at både nærhet til medarbeidere og hvor mye ressurser som er satt av til å drive fagutvikling, er avgjørende for hvor systematiske kompetansetiltakene og gjennomføringen blir. Der det er prioritert ressurser til flere fagutviklingssykepleiestillinger, opplever fagutviklingssykepleiere at de har bedre tid til å drive kompetanseutvikling i det daglige. Her er altså nærhet og antall ressurspersoner avgjørende for nytteverdien av denne organiseringen.

Utfordringene knyttet til å drive kompetanseutvikling som uttrykkes av avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere i studien i de to kommunene er ikke enestående i sitt slag. Hübertz Haaland og Dale fremhever at lederes basisoppgaver er preget av en rekke administrative driftsoppgaver, avbrytelser og kort tid på hver aktivitet. Særlig for førstegangsledere vil den hektiske hverdagen føre til at mer langsiktige oppgaver får liten oppmerksomhet (Hübertz Haaland, Dale, 2014:49-50). Budskapet fra erfarne ledere og forskningen er som Hübertz Haaland og Dale understreker, at man aldri får nok tid, og at man stadig blir avbrutt og må gi andre mennesker oppmerksomhet. Videre at man ofte blir stilt overfor vanskelige dilemmaer, og må leve med usikkerhet og tvetydighet som grunnlag for å fatte beslutninger. Det hektiske tempoet medvirker til at førstegangsledere sjelden føler at de får gjort noe godt nok, og tror at det er et resultat av manglende mestring (Hübertz Haaland, Dale, 2014:98-99). Resultatet av “å ligge bakpå” er gjerne at driftsoppgavene blir prioritert, de oppgavene som synes mest her og nå, eller blir etterlyst om de ikke gjøres. Andre oppgaver og planlegging for fremtidig utvikling blir skjøvet på, og blir etter hvert vanskelig å ta igjen. Som Stokkeland og Kaarbø sier:

“Hverdagens store og små gjøremål har en lei tendens til å styre lederens tidsbruk. Men å forutse for så å foregripe framtiden er en sentral strategisk aktivitet” (Stokkeland, Kaarbø, 2014:131).

Et eksempel fra en av kommunene i studien på små organisatoriske grep som kan frigjøre tid og mulighet for kompetanseutvikling, er da de flyttet middagen for pasientene fra kl. 13.30 til kl. 16, og puttet inn en lunsj midt på dagen. Grunnlaget for denne endringen var primært for å bedre ernæringen til pasientene. Sekundæreffekten var at de fikk mer tid til kompetanse-utvikling i tidsrommet mellom kl. 13 og 15. Det ble lettere å få rom til å

arrangere internundervisning, og de ansatte kunne delta på internundervisning i større grad enn tidligere.

Ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester opplever et stadig økende press fra alle kanter. De skal leve opp til statlige forventinger og krav, forholde seg lojalt til styringssignaler fra lokalpolitikere, imøtekomme innbyggernes behov og ta vare på det mangfold av medarbeidere (Tiller, Helgesen, 2011: 134). Omorganiseringer tar mye av avdelingsledernes og virksomhetsledernes tid og fokus. Det tar tid til organisasjonen setter seg igjen, og hvor det er mulig å jobbe med utvikling. Det faglig har tendens til å stagnere i forbindelse med slike prosesser. I følge kommunalsjefene i studien i de to kommunene varierer det hvordan avdelingsledere i sykehjem og hjemmetjenester benytter tid og økonomisk handlingsrom til planlegging og utvikling av ansatte kompetanse.

6.3. Ulike oppfatning av handlingsrom

Det fremkommer at avdelingslederne i studien i de to kommunene har ulik oppfatning av om de har tilstrekkelige forutsetninger for å drive systematisk kompetanseutvikling. En av avdelingslederne som opplever at det er vanskelig å klare å følge opp sier:

“Jeg prøver å få folk til å komme da og da, men det er ikke så lett heller fordi det er vanskelig å få inn folk, og det er vanskelig å huske på alle kursene folkene skal på hver dag. De skal på praksisveiledningskurs og alt mulig de skal på, og så skal vi prøve å få alt til å gå opp uten å leie inn noen ekstra. Det er jo ikke så lett hvis du har det antallet middagslister da, og så har du det antallet folk, da er det ikke så mange igjen som kan gå på kurs. Det går mye på ressurser, ja.”

Hvorvidt ledere på de ulike nivåene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i studien i de to kommunene opplever at forutsetninger for å drive systematisk kompetanseutvikling er til stede varierer, og det er ingen tydelig sammenheng mellom hvilket ledernivå i helsetjenestene som mener forutsetningene for å utvikle kompetanse er gode eller dårlige. Det finnes ingen entydig forklaring på ledernes ulike oppfatninger av om de har forutsetningene for å drive systematisk kompetanseutvikling. En forklaring på at noen avdelingsledere mener at forutsetninger er til stede, kan handle om at de i større grad ser helheten og de tiltakene som er mulig enn andre avdelingsledere gjør. Det kan også være at avdelingsledere svarer at forutsetningene er til stede for å drive systematisk kompetanseutvikling fordi de tenker det er forventet av virksomhetsleder og kommunalsjef. Ulikhetene i oppfatningen om forutsetningene for å drive systematisk kompetanseutvikling er til stede på virksomhetsleder og kommunalsjefsnivå er vanskelig å forklare, fordi det ikke er noe mønster i at ledelsen i samme kommune eller ledere på samme nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har den samme oppfatningen.

En av virksomhetslederne i studien i de to kommunene sier at det forventes at avdelingslederne er faglig ansvarlig, og må melde fra om sine behov, og at virksomhetsleder jobber

aktivt med avvik i forbedringsarbeid. Mye dreier seg om daglig drift, det prioriteres for lite kompetanseutvikling og det er vanskelig å få til. Virksomhetsleder i den ene kommunen i studien beskriver situasjonen slik:

“Lederne kommer bakpå, lite styring, vanskelig å få de til å ta ledelsen.

Fagutviklingssykepleierne er sterke. Vi vil ha enhetlig ledelse, og at ledere tar større del av ansvaret og ledelse på dette. Jeg som, virksomhetsleder er klar i mine forventinger, men ledere gir uttrykk for at forventningene er uklare. Ledere er frustrert over overordnet ledelse, fordi det ikke finnes nok midler. De glemmer hva de får til, og er mest opptatt av her og nå.”

Avdelingslederne i studien beskriver at det er vanskelig å gjennomføre kompetanseutvikling på en god måte i hverdagen, og det er ofte de som er på jobb og kan gå fra som deltar. Det er få avdelinger i sykehjem og hjemmetjenester i de to kommunene som har lagt opp organiseringen eller har ressurser til å sette av tid til egne dager til kompetanseutvikling. Kurs-budsjettene er generelt lave. Brunsson påpeker at det er leders ansvar å utvikle og anskaffe nødvendig kompetanse, og involvere de ansatte i å definere individuelle og kollektive behov i dagens drift og for den fremtidige utviklingen. Videre fremhever Brunsson at når ledere tar beslutninger gjør de fremtiden mindre usikker, ved at de låser seg selv og andre til handlinger. Beslutninger baserer seg gjerne på flere alternativer. Hvis en grubler mye over beslutningen blir man gjerne usikker, og usikkerhet er et dårlig utgangspunkt for handlekraft (Brunsson, Brunsson, 2015:84-92). Det betyr at ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester må gjøre prioriteringer og ta beslutninger om hva som skal være satsningsområder og hvilke kompetansetiltak som skal iverksettes, slik at fagutviklings-sykepleiere og øvrige medarbeider vet hva som forventes.

Det å jobbe planmessig og strategisk, og benytte de handlingsrom som er der for å organisere og tilrettelegge for faglig utvikling krever lederkompetanse. Likeledes kreves det erfaring og lederkompetanse for å implementere kompetansetiltak og rutiner som sikrer kvaliteten i tjenestene. Det kan forklare at avdelingsleder ser ulikt på hvorvidt forutsetningene er tilstede for å drive systematisk kompetanseutvikling. Kommunalsjefer og virksomhetsleder beskriver at det er variasjoner blant avdelingslederne på hvordan de klarer å finne rom til kompetanseutvikling for sine ansatte, at noen alltid får det til og andre synes det er vanskelig. Virksomhetsleder i den ene kommunen forteller at de har hatt noe opplæring for avdelingslederne, men at det er behov for mer og at det er langt igjen.

6.4. Oppsummering

I dette kapittelet har jeg svart på spørsmålet om ledere opplever at forutsetningene er til stede for å drive systematisk kompetanseutvikling.

Det fremkommer ulikheter i oppfatningene blant lederne i studien i de to kommunene av hvilke forutsetninger de har for systematisk kompetanseutvikling i sykehjem og hjemmetjenester. Tid og økonomi er de knapphetsfaktorene som de fleste lederne fremhever.

Lederkompetanse og erfaring blir fremhevet som viktige forutsetninger for å kunne jobbe planmessig og benytte handlingsrommet til å organisere faglige aktiviteter som er i takt med tjenesteutviklingen. Virksomhetsledere og kommunalsjefer hevder at avdelingsledere i sykehjem og hjemmetjenester i ulik grad benytter de muligheter som ligger i de økonomiske rammene de er tildelt. Flere avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere mener at helse- og omsorgstjenestene i kommunene i Vestfold ikke er utviklet i takt med nye behov og krav. Med uklare forventinger om hva tjenestene i sykehjem og hjemmetjenester skal håndtere og knappe ressurser mener altså avdelingslederne at det er vanskelig å tilrettelegge for systematisk kompetanseutvikling som omfatter alle ansatte i sykehjem og i hjemmetjenester i de to kommunene.

I neste kapittel vil jeg drøfte de sentrale utfordringene jeg har funnet ut at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har med å legge til rette for at samhandlingsreformen skal fungere etter intensjonen. Jeg har valgt å systematisere denne drøftingen i tilknytning til hvert av forskningsspørsmålene.

7. utfordringer knyttet til kompetanseutvikling i kommunene

I dette kapitlet vil jeg med utgangspunkt i forskningsspørsmålene drøfte funn på områdene som studien i de to kommunene og kartleggingen i de øvrige kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold avdekker, avslutningsvis vil jeg også se funnene i studien i et samfunnsmessig perspektiv.

7.1. Plan og strategi for faglig utvikling og opplæring av helsepersonell

I studien av hvilken plan og strategi avdelingene har for utvikling og opplæring av helsepersonell i de to kommunene, viser det seg at det er lite sammenheng mellom overordnede kommunale planer for kompetanseutvikling og hva som drives av kompetanseutviklingsaktiviteter på den enkelte avdeling. Avdelingslederne kjenner i liten grad til om det foreligger overordnede kompetanseplanene, og hva de inneholder. Skal disse kompetanseplanene ha noen verdi må de være relevante for de behovene som ledere og medarbeidere nærmest driften i organisasjonen opplever, og det må være fokus på involvering og informasjon i planarbeidet slik at vedtatte kompetanseplaner gjøres kjent i hele organisasjonen.

Det fremkommer både i studien i de to kommunene og i kartleggingen i de øvrige kommunene at det planlegges ulike tiltak for opplæring og kompetanseutvikling, men at det er lite fokus fra ledernes side på at tiltakene skal gjennomføres for hele eller store grupper av de ansatte. Mange av kompetanseutviklingstiltakene baserer seg på ønsker og behov som fremmes fra de ansatte og fagutviklingssykepleiere. Det virker derfor litt tilfeldig hvem som får opplæring og i hva, men at lederne er opptatt av å tilby de ansatt noe faglig. For å løfte det faglige nivået i organisasjonen i takt med de behovene som samhandlingsreformen har ført med seg, kreves det en systematisk tilnærming, der mål for kompetansenivå settes og tiltak for å dekke kompetansegapet iverksettes systematisk med utgangspunkt i ansattes funksjon og profesjon. Medvirkning fra de ansatte er viktig for å kunne definere behovene direkte rettet mot de som "har skoene på", og skape motivasjon til å bidra til felles kompetanseløft for virksomhetene.

Lederne på alle nivåer har ansvar for å tilrettelegge for faglig utvikling, og at kommunene yter forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene er avhengig av rett kompetanse, og avdelingsledere må tydeligere på banen for å definere tiltak og ta ansvar for at endringer implementeres og følges opp. Fagutviklingssykepleiere eller andre ressurspersoner er viktige støttepersoner som avdelingslederne er avhengig av for å få faglige innspill og for å gjennomføre tiltakene i praksis, men det er lederne som må ta beslutningene om hvilke tiltak som skal prioriteres og for hvem.

7.2. Sykehusets rolle i å øke kompetansen til helsepersonell i kommunene

Sykehuset har et opplæring- og veiledningsansvar for kommunal helsetjeneste. Det vil si at sykehuset har et medansvar i å ruste virksomhetene til å kunne håndtere pasienter og brukere på en forsvarlig og god måte. Hvor viktig er sykehusets rolle i å øke kompetansen til helsepersonell i kommunene? Sykehusene skal bidra til at kommunene utvikler tilstrekkelig kompetanse på de oppgavene som gjennom samhandlingsreformen er overført fra sykehusene. Det fremkommer i kartleggingen i Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold, at seksjonene i sykehuset mangler oversikt over hva kommunene har behov for av kompetanse, og seksjonsledere i sykehuset opplever at det er et sprik mellom hva de ulike kommunene er i stand til å håndtere av oppfølging og viderebehandling etter innleggelser i sykehuset. Den manglende oversikten bærer preg av at sykehuset har vært for lite aktiv i å overføre kompetanse fra reformen kom i 2012. Oppgavene har blitt overført uten at oppfølging av kompetanse har vært ivaretatt godt nok. Kommunene har underveis etterspurt kompetansetiltak, råd og veiledning i ulik grad, og noen kommuner har kommet lengre enn andre kommuner med interne kompetanseutviklingstiltak. På mange områder er det fortsatt gråsoner for hva som skal håndteres på et kommunalt nivå, og hva som skal ivaretas av spesialisthelsetjenesten. Når det ikke er satt klare grenser mellom helsetjenestene, og kommunene har ulike forutsetninger både i form av kapasitet og kompetanse, gir det næring til gråsoneproblematikk og uoverensstemmelser mellom helsepersonell i enkeltsituasjoner.

Sykehuset i Vestfold tilbyr en rekke kurs om ulike diagnosegrupper og behandlingsformer, og gir råd og veiledning på forespørsel relatert til enkeltpasient og prosedyrer. Det er lite systematikk og samarbeid om hvilke kurstilbud det er behov for at sykehuset ivaretar, og hvordan kurstilbudene kommuniseres og settes opp som et løpende og eventuelt gjentakende program. Det fremgår av kartleggingen i kommune noen kurstemaer og tiltak som de ønsker at sykehuset skal tilby. Videre etterlyser ledere i kommunene et større fokus på gjensidighet i kompetansedelingen, og at det bør arrangeres flere kurs som er relevant for både ansatt i sykehus og kommuner, og etablere et system for gjensidig hospitering.

I statusrapporten for samhandlingsreformen(2014) beskrives det at nettverket for implementering av reformen opplever at spesialisthelsetjenesten som helhet i for liten grad har tatt inn over seg sin rolle, intensjonene og målene i samhandlingsreformen. Nettverket har fått innspill på at det oppleves manglende likeverd mellom partene, der sykehusene ofte oppleves å ta en «storebror-rolle». Det viser seg fortsatt å være en utfordring å legge til rette for likeverd mellom partene. Det er manglende samhandlingskompetanse hos fagfolk både i spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Planprosesser i kommunene og i helseforetakene går uavhengig av hverandre, og bidrar ikke til helhetlige og sammenhengende helsetjenester (Nasjonalt nettverk, 2014:11-12).

For å styrke fokuset på kompetansedeling er det avgjørende at kompetansedeling settes på agendaen til toppledere i kommuner og sykehus, og at det gjøres et systematisk arbeid med

å forankre og strukturere tiltak for kompetansedeling i organisasjonene. Nettverk og hospitering er tiltak som er hjemlet i samarbeidsavtalen, men som trenger ledelse og struktur for å gi ønsket nytteverdi. Ledere må bli tydeligere i forventningene til hvilket mandat og nytte aktuelle nettverk skal ha, og hva fokus og innhold på hospiteringsopphold skal ha for å tilføre kompetanse som styrker samhandlingen. Tiltak for å oppnå effekter av kompetansedeling i nettverk beskrives nærmere under punktet, veien videre.

7.3. Forutsetningene for å drive systematisk kompetanseutvikling

Forventninger til hvilke tjenester og nivå virksomhetene i kommunene skal dekke er en åpenbar og viktig forutsetning for å kunne jobbe med lokale kompetanseplaner for kompetanseutvikling. Det krever avklaring mellom nivåene, sykehuset og kommunene, og mellom virksomheter og tjenester lokalt i den enkelte kommune.

Opplever ledere at forutsetningene er til stede for å drive systematisk kompetanseutvikling? Ut over at ledere i studien etterlyser et klarere oppdrag, er det gjerne økonomien og tidsfaktoren som i størst grad begrenser lederne i å tilrettelegge for og gjennomføre de tiltakene som de mener er nødvendig. Noen av avdelingslederne i studien er oppgitt og mener at det er umulig for lederne i dag å få til alt det som kreves av dem, og at fokuset i hverdagen i hovedsak er rettet mot administrative oppgaver. Enkelte avdelingsledere mangler lederstøtte som kan bidra med planlegging og gjennomføring av kompetansetiltak, som er avgjørende for at virksomheter med mange ansatte skal klare å gjennomføre opplæring på en målrettet og systematisk måte.

Nye helse- og omsorgstjenester opprettes i kommunene uten at økonomiske midler til å utvikle og anskaffe nødvendig kompetanse følger med. Kompetanse er en forutsetning for at sykehjem og hjemmetjenester skal kunne drives forsvarlig, og krever investering i form av penger, men også at kompetanseutviklingen rasjonaliseres ved at nye og andre måter for læring tas i bruk, som for eksempel e-læring eller web-baserte kurs og veiledning. Læring ved praktisk øvelse er en god læringsform som er lett overførbar til reelle arbeidsoppgaver og situasjoner. Det bør derfor legges vekt på å utvikle og benytte fasiliteter i hver virksomhet som legger til rette for utvikling av praktiske ferdigheter.

Studien i de to kommunene viser altså at oppfatningene om forutsetningen for systematisk kompetanseutvikling er til stede er sprikende, ledere har ulike meninger om dette. Hovedinntrykket er at det har vært satset for lite på kompetanseheving i kommunene og at kursbudsjettene generelt er for lave. Studien i de to kommunene viser i tillegg at det har vært lite fokus på lederkompetanse og ledererfaring ved rekruttering av nye ledere, og at lederskapet hos flere bærer preg av førstegangslederes frustrasjoner og manglende evne til å prioritere og beslutte. Oppfølging av nye ledere og et lederutviklingsprogram på tvers av helsetjenestenivåer, vil kunne øke den helhetlige kompetansen og i tillegg sette fokus på

nettverksledelse og ledelse på tvers av sektorer som er viktig for å få til et reelt og god samarbeid mellom kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold.

7.4. Avtaler og mål for samhandling på tvers av virksomheter og nivåer

Ledere i studien i de to kommunene og i kartleggingen i de øvrige kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold bekrefter at samarbeidsavtaler er lite kjent blant helsepersonell i sykehus og kommuner, og at avtalene bidrar i liten grad til et bedre samarbeid for å øke kompetansen. De fleste lederne mener at samarbeid og kompetanseutveksling slik det foregår i dag i praksis ville vært det samme uten samarbeidsavtaler. Årsaken til dette er en kombinasjon av at innholdet er for generelt, og at det ikke har vært tilstrekkelig fokus på å gjøre avtalene kjent. I denne sammenhengen har samhandlingsutvalget mellom kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold en viktig rolle, og bør peke ut særlig utfordrende områder der fordeling av oppgaver på tvers av nivåene er uklare. På områdene der oppgavefordelingen er uklar bør fagpersoner i kommuner og sykehus sammen utforme konkrete avtaler eller rutiner. I statusrapporten for samhandlingsreformen (2014) påpekes det på at nødvendig fagkompetanse og samhandlingskompetanse må sikres blant ansatte i tett samarbeid mellom tjenestene og utdanningssektoren. Det anbefales at faglige prosedyrer bør utarbeides som et supplement til samarbeidsavtalene, og at kommuner og sykehus oppfordres til å informere ansatte om avtaler og dialogarenaer som er etablert som følge av avtaleinstituttet (Nasjonalt nettverk, 2014:13).

Funnene i kartleggingen i kommunene i Vestfold avdekker at det er store variasjoner på hvilke kompetansetiltak som er iverksatt, og hvor langt de har kommet i utvikling etter samhandlingsreformen. Dette bildet forsterkes ved at sykehuset mangler klarhet i hva de kan forvente seg av de kommunale helse- og omsorgstjenestene når kommuner i praksis har ulike forutsetninger for videre behandling og oppfølging av pasienter. Forutsetningene preges både av kapasitet, særlig på institusjonsplasser, og på kompetanse. Ingen av partene i samhandlingen har makten til å definere nivået på den andre parts tjenester ut over det som følger nasjonale retningslinjer og er hjemlet i avtaler. Uten ledelse og samarbeid på tvers lever sykehus og kommuner i hver sine verdener.

Samhandlingsreformen ble beskrevet som en retningsreform der man løpende skal evaluere virkemidlene opp mot målsettingene. I statusrapporten for samhandlingsreformen(2014) nevnes det blant annet at nettverket for implementering av reformen har et bestemt inntrykk av at det har blitt økt interesse for, og arbeidet med gode pasientforløp de siste årene. Det gjenstår allikevel mye for å sikre gode forløp på tvers av 1. og 2. linjenivå, og prioritering av samhandling står i fare for å bli svekket når implementeringsperioden av samhandlingsreformen er over (Nasjonalt nettverk, 2014:6). Studien i de to kommunene avdekker at avdelingsledere opplever at fokuset på reformen er svekket fra overordnet ledelse, nærmest som om reformen er implementert og er et forbipassert kapittel. Når intensjonene med reformen ikke er oppfylt, og de utfordringene som ble beskrevet i

statusrapporten i 2014 fortsatt er like aktuelle, er det viktig at fokuset holdes oppe på alle nivåer i helsetjenesten og at det tas grep for å imøtekomme dagens utfordringer.

7.5. Felles kompetansetiltak for sykepleiere i Vestfold

I kartleggingen i kommunene i Vestfold fremkommer det store variasjoner på hvilke kompetansetiltak som er prioritert i den enkelte kommune, og at innhold og form på tiltakene er forskjellig innenfor de samme tematiske områdene. Hva skal til for at kommunene i Vestfold skal iverksette felles kompetansetiltak for sykepleiere? På spørsmål om det er grunn til å tro at tilsvarende virksomheter i ulike kommuner har forskjellig behov for kompetansen, svarer ledere for sykehjem og hjemmetjenester nei, og at det meste bør kunne være likt. Per i dag er det ingen form for samarbeid på tvers av kommuner i Vestfold for å bygge kompetanseprogrammer og tiltak for ansatte i sykehjem og hjemmetjenester. Alle ledere som inngår i kartleggingen i kommunene i Vestfold og studien i de to kommunene er enig om at det er en god ide å bygge felles modulbaserte opplæringstiltak som er standardisert, kvalitetssikret og basert på ny forskning. For å få på plass felles opplæringstiltak, kreves det et vedtak i lederforum for kommunalsjefer for helse- og omsorgstjenestene i Vestfold. Dermed må program og opplæringstiltak utvikles av fagpersoner på tvers av kommunene. Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold vil kunne være sentral i å lede utviklingen av dette.

Flere ledere og fagutviklingssykepleiere i studien i de to kommunene fastslår at en felles grunnopplæring, der alle virksomheter på samme tjenesteområde gjennomgår samme opplæring, vil skape et klarere bilde av hva Sykehuset i Vestfold kan forventes seg av kommunene i Vestfold. Det er grunn til å tro at avstemte forventninger på sikt vil skape bedre samhandling mellom sykehuset og kommunene.

7.6. Samfunnsmessig ansvar for faglig kvalitet på helse- og omsorgstjenestene

Statusrapport for samhandlingsreformen(2014) Råd på veien videre - fra Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen peker i sin sluttrapport på en rekke tiltak og justeringer som bør vurderes for å nå målene i samhandlingsreformen. Blant annet må kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner etablere arenaer der man kan utvikle utdanning og forskning i fellesskap. Innholdet i de helsefaglige utdanningene må sikre grunnleggende basiskompetanse som endres i takt med forventede behov i tjenestene, og dyktige praktikere fra kommunehelsetjenesten må inn i utdanningssektoren for å sikre kunnskapsoverføring. Utdanningssektoren må etablere videreutdanninger som er praksisrelevante, pasientnære og som har fokus på pasientforløp og samhandling (Nasjonalt nettverk, 2014:13). Per i dag er det få arenaer for samarbeid mellom kommunene i Vestfold, Sykehuset i Vestfold og utdanningsinstitusjonene, samarbeidet er i hovedsak

konsentrert om praksisopplæring og oppfølging av studenter og elever under praksisperioder i den enkelte avdeling. Det er behov for å stryke samarbeidet der utdanningsinstitusjonene i større grad er delaktig i kompetansedeling og kompetanseutvikling på tvers av utdanninger, virksomheter og fagfelt innenfor helsesektoren.

Kompetanseløft 2015, er avløst av Kompetanseløftet 2020 som er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste, og å bidra til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Gjennom Kompetanseløft 2020 vil kommunene oppfordres til å sette de samlede kompetanseutfordringene på dagsorden i den helhetlige kommunale planleggingen. Utfordringsbildet sier at det er behov for å styrke kompetansen på flere områder, blant annet bredere og høyere utdanning blant helsepersonell. Utfordringene må møtes med mer tverrfaglighet, og bedre medisinsk og sosialfaglig oppfølging av brukere i sykehjem og hjemmetjeneste. Det er behov for bedre ledelse på alle nivåer for å heve det faglige nivået, og det er behov for å sikre tilstrekkelig faglig bredde og innretning på videreutdanninger som møter utfordringer og fremtidig behov.

Kompetanseløft 2020 består av seks strategier:

1. Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
2. Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestens behov
3. Heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
4. Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
5. Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
6. Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse¹⁴.

Det er åpenbart at samhandlingsreformens strategi har vært for diffus, og medført uklare krav og forventinger til hvordan og hva kommunene skal utvikle av helse- og omsorgstjenester og kompetanse. Politisk ledelse og administrasjonene i kommunene har også i for liten grad konkretisert hvilket nivå kommunene skal strekke seg etter når det gjelder kompleksitet i helse- og omsorgstjenester og behandling. De har i følge ledere og fagutviklingssykepleiere i studien i de to kommunene og ledere i kartleggingen i de øvrige kommunene vært mest opptatt av tjenesteproduksjon i volum som påvirker de statlige tilskuddene, effektivitet og økonomiresultater. Kompetanse som avgjørende faktor for å nå øvrige mål, har vært underfokuset.

¹⁴ <http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet2016/Dokumenter1/Fagdepartementenes-proposisjoner/Helse--og-omsorgsdepartementet-HOD/Prop-1-S-/Del-3-Omtale-av-sarlige-tema-/10-Kompetanseloft-2020/>

Regjeringen har i den senere tiden iverksatt noen tiltak for å øke fokuset på kompetanse og pasientsikkerhet, både gjennom pasientsikkerhetskampanjen 24/7 som ledes av helsedirektoratet, og gjennom ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten med ikrafttredelse 01.01.2017. Den nye forskriften gjelder både for spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Bakgrunnen for den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er at virksomhetene har hatt utfordringer knyttet til oppfyllelse av alle deler av tidligere forskrift, og utfordringene er oppsummert slik i høringsnotatet:

- “Mangler og uklarhet knyttet til ansvars plassering, ledelsesforankring og organisering.
- Problemer oppstår i grenseflater og overganger med mangelfull samhandling og informasjonsflyt som noen av utslagene.
- For lite systematisk arbeid med å sikre at medarbeidere har nødvendige fagkunnskaper og kunnskap om virksomhetens arbeidsmåter og rutiner.
- Lite systematisk og dårlig ledelsesforankret arbeid med kontinuerlig forbedring gjennom innhenting og vurdering av informasjon om risiko, sårbarhet, uønskede hendelser og andre mangler.
- Manglende iverksetting av korrigerende tiltak og manglende oppfølging av tiltakenes effekt.
- Svak evne til å gjennomføre planlagte tiltak. Mye blir planlagt, mens utfordringene med iverksettelse ofte undervurderes”¹⁵.

Utfordringene som er gjengitt over er i stor grad gjenkjennbare fra uttalelser fra ledere på alle nivåer i studien i de to kommunene, og i kartleggingen av de øvrige kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold. Relatert til planlegging og ledelse av kompetanse er det særlig §6 i forskriften som er sentral.

“Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) Ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten.
- b) Innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.
- c) Ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten.
- d) Ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.

¹⁵https://www.regjeringen.no/contentassets/5a7d16bae77f4efe8f91af796c6f4b9c/horingsnotat_forskrift_styringssystem-l945587.pdf

- e) Planlegge hvordan risiko som beskrevet i §6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.
- f) Ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.
- g) Ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet¹⁶.

På bakgrunn av funn i studien i de to kommunene et det gjennom kravene i denne forskriften behov for tydeligere forventninger til ledere og klarere oppgavefordeling i tjenestene. Den ene av de to kommunene i studien hadde gjennomført kompetanse-kartlegging, og forskriften krever nå at leder skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Som en av virksomhetslederne benyttet avvik til å planlegge fokusområder for kompetanseutvikling, må virksomhetene i følge forskriften ha oversikt over avvikshendelser og benytte dette systematisk i kvalitetsforbedringen.

I kjølevannet av Nasjonal helse og sykehusplan som ble vedtatt i 2016, skal det lages utviklingsplaner regionalt og for det enkelte helseforetak, der ansattes og lederes kompetanse står sentralt. Regjeringen påpeker i St. Meld. nr. 26 at samhandling forutsetter samhandlingskompetanse og felles forståelse for utfordringene og samfunnsoppdraget. Samhandling mellom sykehus og kommuner fordrer at ledere kan skille mellom organisasjonene interne mål og samhandlingsreformens felle mål. Det skisseres videre i stortingsmeldingen at regjeringen vil legge til rette for et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten om ledelse, der det er viktig at sentrale parter på begge nivåer er involvert. Samarbeidet vil være nyttig for å dele erfaringer og konsepter innenfor ledelse på tvers av kommuner og nivåer i helsetjenesten (St. Meld. 26, 2014-2015:75). I studien i de to kommunene refereres det til konkrete situasjoner som bekrefter at kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold per i dag mangler felles oppfatning av prioritering av pasienter og forståelse for hva det er behov for i kommunene for å ivareta pasientene på en god og sikker måte.

Regjeringen har i tillegg varslet en ny kvalitetsreform for eldre, "Leve hele livet", basert på at det er for store forskjeller i kvaliteten på helse og omsorgstjenestene til eldre. Målet er at de eldre skal få bedre hjelp og støtte. Den nye kvalitetsreformen kommer til å omhandle de grunnleggende behovene som oftest svikter i omsorgstilbudet, mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene¹⁷.

¹⁶ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

¹⁷ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-reform-skal-gi-eldre-bedre-tjenester/id2541470/>

Satsningene fra regjeringen kan tolkes som et resultat av samhandlingsreformens svake reformdesign, og at det er behov for mer tydelighet i oppdragene til helsetjenestene i kommuner og sykehus. Uavhengig av om regjeringen setter fokus på kvalitet i helse-tjenestene, vil det være ledere i kommuner og sykehus som må oversette kravene i nye forskrifter og reformer til egen virksomhet og implementere nødvendige tiltak. Når det gjelder regjeringens fokus på kompetanse, vil partene i større grad måtte samarbeide om å avgrense tjenesteområder og utarbeide kompetansetiltak på tvers av kommuner og nivåer. Iverksettelse av tiltak i den enkelte virksomhet og avdeling vil allikevel være et lokalt lederansvar som må ivaretas hvis intensjonene med statlige planer og forskrifter skal få effekt.

Det er åpenbart at intensjonene i samhandlingsreformen ikke er nådd i kommunene i Vestfold, det viser både studien i de to kommunene og kartleggingen i de øvrige kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold. Mye av årsaken til at reformen ikke lar seg gjennomføre, er mangel på kompetanse både hos ledere og medarbeidere. Kommunalsjefer må ta et større ansvar for å gi rådmenn og politikere et riktig bilde av hvordan status er, og hvilke konsekvenser mangel på kompetanse har for utvikling av helse- og omsorgstjenester og for at brukere av tjeneste skal få et forsvarlig helsetilbud. Som både kommunalsjefer, virksomhetsledere og avdelingsledere påpeker i studien i de to kommunene, mangler sykehjem og hjemmetjenester tydelig krav til hvilken kompetanse de skal utvikle og anskaffe, og det er behov for større satsninger for å stryke lederes og medarbeideres kompetanse. En slik stor satsning som omfatter alt helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene er det ikke handlingsrom for i dagens budsjetter på det enkelte sykehjem eller hjemmetjeneste. Dette må politikere og toppledere ta med i betraktningene når nye reformer, forskrifter og tiltak besluttes på overordnet nivå.

Avdelingsledere i studien i de to kommunene og ledere i de øvrige kommunene i kartleggingen påpeker at det er lite samarbeid med Sykehuset i Vestfold om kompetansedelingstiltak. Opplæring fra helsepersonell på sykehuset skjer i hovedsak på forespørsel og litt tilfeldig. Sykehuset må ta en mer aktiv rolle og ansvar for å bidra til å løfte kompetansen til helsepersonell i kommunene, og for å bli kjent med kommunenes helse- og omsorgstjenester. Toppledelsen i Sykehuset i Vestfold må sette dette på agendaen og rette et tydeligere krav til avdelingssjefer og seksjonsledere om hvilken rolle og ansvar de skal innta i samarbeidet med kommunene.

I dette kapittelet har jeg gjort noen vurderinger av de viktigste funnene i studien av de to kommunene og i kartleggingen i alle kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold. I det neste og avsluttende kapittelet oppsummeres svar på problemstillingen og jeg formulerer anbefalinger om veien videre.

8. Konklusjon og veien videre

Det er et stort engasjement rundt temaet kompetanse i helse- og omsorgstjenestene i kommunene i Vestfold. Det er en felles oppfatning av at det må systematiske tiltak til for å øke kompetansen i sykehjem og hjemmetjenestene i kommunene, og for å bedre kompetansesamarbeidet mellom Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold.

Innledningsvis i denne studien stilte jeg dette spørsmålet:

Hvilke utfordringer har ledere med å styre og lede kompetanseutviklingen i sykehjem og hjemmetjenester?

Gjennom forskningsspørsmålene og spørsmål i gruppeintervjuer og individuelle intervjuer, har jeg fått en god oversikt over hvilke utfordringer kommunalsjefer, virksomhetsledere og avdelingsledere står i når de skal planlegge og tilrettelegge for faglig utvikling innenfor sine ansvarsområder. Gjennom kartleggingen i alle kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold har jeg fått god innsikt i hvordan samarbeid og kompetansedeling mellom kommunene og sykehuset fungerer i dag, og hvordan uavklarte forventinger og grenser mellom kommuner og sykehus påvirker ledernes forutsetninger for å planlegge og iverksette de rette kompetanseutviklingstiltakene.

8.1. Avsluttende konklusjon

Avdelingsledere og virksomhetsledere i studien i de to kommunene erkjenner at de ikke har klart å utvikle kompetansen til helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester i takt med overføring av oppgaver til helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Studien i de to kommunene viser at de største utfordringene avdelingsledere i virksomheter for sykehjem og hjemmetjenester har, er uklare definisjoner og avgrensinger av tjenestene både mellom kommunene og sykehuset og internt mellom virksomheter i kommunene. Dette påvirker ledernes evne til å definere mål og iverksette de riktige kompetanseutviklingstiltakene. Hva som forventes av avdelingsledere i sykehjem og hjemmetjenester er uklart for noen av avdelingslederne. Det er kun den ene av de to kommunene i studien som har overordnede planer for kompetanseutvikling i kommunen. Avdelingsledere i denne kommunen kjenner i liten grad til den overordnede kompetanseutviklingsplanen og det er lite sammenheng mellom overordnet plan og lokale kompetanseutviklingsplaner og tiltak på avdelingene i sykehjem og hjemmetjenester.

Avdelingsledere har utfordringer i hverdagen med å få tid til å planlegge og jobbe med utviklingen av kompetanse for dagens og fremtidens kompetansebehov. De er avhengig av å ha gode støttespillere og fagpersoner rundt seg. Avdelingsledere som har egne fagutviklings- sykepleiere på sine avdelinger, delegerer mye ansvar og oppgaver for fagutviklingen til dem. Avdelingene i sykehjem og hjemmetjenester mangler langsiktig planlegging av

kompetanseutvikling og internundervisning er i stor grad basert på hva fagutviklingssykepleier og medarbeider ønsker seg eller mener de har behov for.

Avdelingsledere i studien i de to kommunene påpeker at det i dagens organisering er frigjort lite tid til deltakelse på undervisning og andre kompetanseutviklingstiltak, og at de er avhengig av styrkede budsjetter for å kunne tilrettelegge for systematiske kompetanseutviklingstiltak som omfatter hele personalgruppene. Slik kompetanseutvikling drives i dag er det få kompetanseutviklingstiltak som gjennomføres for hele eller store helsepersonellgrupper i sykehjem og hjemmetjenester i de to kommunene. Avdelingsledere har ifølge kommunalsjefer og virksomhetsledere i studien ulike evne og innstilling til hvordan det økonomiske handlingsrommet til kurs og annen kompetanseutvikling kan benyttes.

Studien i de to kommunene viser at kommunene har behov for kompetanseoverføring fra sykehuset, men at kommunene i liten grad etterspør kurs og opplæring. Funn fra kartleggingen og studien i de to kommunene viser at informasjon om kurs og opplærings-tiltak i regi av Sykehuset i Vestfold eller Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold er lite tilgjengelig, og invitasjoner kommer ofte ikke frem til riktig målgruppe. For lite samarbeid om kompetanseutvikling mellom sykehuset og kommunene fører til at sykehuset har forventninger som kommunene ikke klarer å innfri. Det fremkommer et særlig behov for å stryke kompetansen i Sykehuset i Vestfold om de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og det er lite hospitering på tvers av kommunene og sykehuset.

Lederkompetanse er for sykehjem og hjemmetjenester og kommunene som helhet en utfordring. For å utvikle helse- og omsorgstjenestene og kompetansen til helsepersonell er kommunene avhengig av kompetente ledere som gjør prioriteringer, tar beslutninger og ser muligheter for å benytte det handlingsrommet de er tildelt. Kommunalsjefer og virksomhetsledere i studien i de to kommunene viser til at flere av lederne i sykehjem og hjemmetjeneste har liten ledererfaring og lederkompetanse og trenger mer opplæring.

Kartleggingen i alle kommuner og sykehuset viser at det i dag er mange ulike fagnettverk og samhandlingnettverk i Vestfold, men hvilken rolle nettverkene har og hvem som deltar er i liten grad kjent. E-læring er i liten grad tatt i bruk i kommunene, men tilgangen på kurs i læringsportalene til kommunene og sykehuset er god. Det er imidlertid få kurs som er felles for helsepersonell i kommuner og sykehus. Kartleggingen viser at kompetansedelingen på tvers av kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold er lite systematisk og koordinert. For å kunne planlegge, iverksette og utvikle tiltak for gjensidig kompetansedeling som dekker behovene og stimulerer til bedre samhandling, forutsetter det en organisering som er tilrettelagt for dette.

Svaret på problemstillingen er altså at avdelingsledere i studien i de to kommunene har utfordringer med å utvikle kompetansen til helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester i takt med utvikling og overføring av helse- og omsorgstjenester til kommunene. Disse utfordringene er basert på samfunnsstyring, hvordan reformer og krav fra myndighetene

kommuniseres, hvilket fokus overordnet kommuneledelse har på kompetanseutvikling og hva som forventes av kommunale helse- og omsorgstjenester. Ledere på alle nivåer i studien i de to kommunene forklarer utfordringene med knapphetsfaktorer som tid og økonomi, manglende kompetansesamarbeid internt i kommunen og med sykehuset. Lederne påpeker at organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i liten grad er tilrettelagt for å drive faglig utvikling i hverdagen, og at ledere ikke har tilstrekkelig kompetanse til å planlegge, beslutte og iverksette kompetansetiltak.

8.2. Veien videre

Resultatene fra kartleggingen i alle kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold ble presentert for samhandlingsutvalget mellom kommunene og sykehuset i møtet 16. februar 2017. Funn og anbefalinger ble godt mottatt og sett på som et viktig arbeid i kunnskapsutviklingen om kompetanseutviklingsbehov innen helse- og omsorgstjenestene i kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold. Rapporten og anbefalinger skal diskuteres videre i lederforum der alle kommunalsjefer for helse- og omsorgstjenesten i alle kommunene er representert og i arbeidsutvalget for samarbeidsutvalget mellom kommunene og sykehuset.

Resultatet av kartleggingen er også presentert på møte i Helse-tankesmie i Vestfold, som er en arena for Høgskolen i Sørøst Norge, kommunene, Sykehuset i Vestfold og Fylkesmannen. Der ble det diskutert hvilke tiltak det er viktig å utvikle i samarbeidet mellom kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner. Utdanningssektoren har ikke vært en del av selve kartleggingen, men er en viktig samarbeidspartner i det helhetlige arbeidet med kompetanseutvikling videre. Norsk sykepleieforbund i Vestfold ønsker å få kartleggingen presentert i sitt fylkesstyremøte i juni.

Anbefalingene under baserer seg på funn og dialog med ledere under kartleggingen i alle kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold og studien i de to kommunene:

- For å kunne planlegge, iverksette og utvikle tiltak for kompetansedeling er det behov for en annen organisering ut over det samhandlingsutvalget besitter av rolle og kompetanse. Det foreslås at det opprettes et *fagutvalg* med representanter fra kommuner, Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, Sykehuset i Vestfold og utdanningssektoren. Fagutvalgets rolle vil kunne være å koordinere, samordne og være pådriver for kompetansedeling på tvers i Vestfold, og bidra til at tiltak blir evaluert.
- For å dekke behovet for informasjon og kommunikasjon må det opprettes en *felles nettside*, en *felles nettportal* for kompetanse- og informasjonsdeling for kommuner, Sykehuset i Vestfold og utdanningsinstitusjoner. Nettportalen kan blant annet inneholde invitasjoner og påmelding til kurs, hospitering, nyheter i rutiner og prosedyrer, e-læring og informasjon om praksisopplæring for studenter og elever.

Basert på erfaringer fra kommune og sykehussamarbeidet i Agder og i Akershus, vil de to tiltakene som er skissert over kunne gjøre det mulig å utvikle flere ønskede tiltak for kompetanseutvikling og kompetansedeling.

Andre tiltak som fremkom i kartleggingsmøter i alle kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold:

- På tross av at kommunene ikke har noen form for samarbeid på tvers omkring utvikling av kompetansetiltak for ansatte i sykehjem og hjemmetjenester, mener lederne at behovene i stor grad er det samme innenfor like tjenesteområder. Det foreslås derfor at det utvikles *felles kompetansepakker og undervisningsmaterie*ll for like virksomhetsområder i helse- og omsorgssektoren i kommunene.
- For å skape faglige arenaer for helsepersonell i kommuner og sykehuset, og studenter, foreslås det organisering av *felles fagdager eller temadager*. Dette vil være felles møtearenaer som bidrar til at fagpersoner på tvers av nivåer får samme opplæring og utvikler samme språk som vil kunne bidra til en bedre samhandling.
- Utover kurs i de store diagnosegruppene og akuttmedisin, som allerede er spilt inn som forslag i kartleggingen, bør det gjøres et arbeide med å avdekke kommunenes kompetansebehov. Videre kan kompetansebehovene benyttes som grunnlag for et *kursprogram* fra Sykehuset i Vestfold som gjøres tilgjengelig for aktuelle grupper i kommunene.
- *Ferdighetstrening og simulering* gjennomføres på ulike steder med ulik form og innhold, der instruktører har ulik bakgrunn for undervisningen og fasilitetene gir ulike muligheter for opplæring. Det foreslås derfor at tilbud om ferdighetstrening og simuleringopplæring systematiseres hvor undervisningsform og innhold standardiseres, og at instruktører gjennomgår samme sertifiseringsprogram. For å utvikle og koordinere dette, er det behov for et nettverk for denne aktiviteten.
- Det er behov for å utvikle og iverksette system for gjensidig *hospitering* der mål, innhold og periode er definert, og som koordineres på tvers av kommuner og sykehuset. For å motivere for og implementere dette tiltaket er det behov for engasjement og tydelig vilje fra ledere i Sykehuset i Vestfold.
- Det anbefales en *evaluering av fagnettverkene* og en tydeligere forankring og mandat for videre nettverkssamarbeid.
- For å stimulere til økt anvendelse av *e-læring* som opplæringsform anbefales det at kurs i læringsportalen til kommunene og sykehuset gjøres tilgjengelig gjennom en felles nettportal. Kursene implementeres i kompetansepakker, og det bør tilstrebes at flest mulig kurs er felles for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- På bakgrunn av at *samarbeidsavtaler* er lite kjent og at det kan være behov for å konkretisere sepsifikke områder og prosedyrer i avtalene, anbefales det workshops med deltakere på tvers av sykehus og kommuner for å diskutere konkrete utfordringer og case, og komme med forslag til revisjon av avtalene.
- Med knapphet på tid og økonomi til å gjennomføre og delta på kurs, anbefales det at mulighetene for å benytte teknologi som *nettbaset veiledning og opplæring, og konferanser* videreutvikles og tas i bruk.

Studien i de to kommunene og kartleggingen i de øvrige kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold viser at det er behov for å styrke samhandlingskompetansen og den fagspesifikke kompetansen på tvers av kommuner og sykehus. Tiltak som kan bidra til større forståelse på tvers av kommuner og sykehus og til overføring av kompetanse i det daglige arbeidet, kan være *kombinasjonsstillinger* der ansatte har arbeidsforhold fordelt mellom Sykehuset i Vestfold og en virksomhet i en av kommunene, og *traineestillinger* der nyutdannede sykepleiere ruller på tvers av nivåene i helsesektoren.

På bakgrunn av at de fleste kompetanseutviklingstiltak i dag arrangeres lokalt i den enkelte virksomhet, og at nettverkene i liten grad er representert med ledere, vil et viktig virkemiddel for å styrke tverrsektoriell lederkompetanse og samhandling på ledernivå, være et *felles lederutviklingsprogram* for ledere i Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold, der utviklingsprogrammets deltakergrupper er sammensatt på tvers av kommuner og sykehus. I tillegg er det som studien i de to kommunene viser behov for å styrke lederes kompetanse i å planlegge, beslutte og iverksette kompetansetiltak i egne virksomheter.

I møter med ledere i alle virksomheter i helse- og omsorgstjenestene i kommunene i Vestfold og seksjonene på Sykehuset i Vestfold er det skapt et engasjement for økt fokus på kompetanseutvikling, kompetansedeling og samhandling, som er viktig å benytte. Denne studien har vært et betydningsfullt bidrag i så måte. Gjennom denne studien i de to kommunene og kartleggingen i alle kommunene i Vestfold, har jeg dokumentert hvordan arbeidet med kompetanseutvikling i helse- og omsorgssektoren i kommunene ledes og organiseres i dag, og hvilke utfordringer lederne i kommunale helse- og omsorgstjenester har for å kunne planlegge og tilrettelegge sitt arbeid med kompetanseutvikling på en systematisk måte. Dokumentert kunnskap om utfordringene knyttet til kompetanse og kompetanseutvikling i helse- og omsorgssektoren i kommunene er vesentlig i det videre arbeidet med utvikling og implementering av nye kompetanseutviklingstiltak og opplæringsprogram for at samhandlingsreformens intensjoner skal oppfylles.

Referanseliste

- Amdam J., Veggeland N. (1998) *Teorier om samfunnsplanlegging lokalt, regionalt, nasjonalt, internasjonalt*. Universitetsforlaget AS, Oslo
- Amdam J., Veggeland N. (2011) *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Universitetsforlaget, Oslo
- Brandi S., Hildebrandt S. og Norhaug O. (2001) *Kompetansegullet @ det nye arbeidsliv*. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo
- Brunsson K., Brunsson N. (2015) *Beslutninger*. Cappelen Damm AS, Oslo
- Busch T., Johnsen E., Vanebo J.O. (2002) *Økonomistyring i det offentlige*. 3. utg. Universitetsforlaget AS, Oslo
- Busch T., Johnsen E., Vanebo J.O. (2003) *Endringsledelse i den offentlige*. 3. utg. Universitetsforlaget AS, Oslo
- Busch T., Johnsen E., Klausen K.K., Vanebo J.O. (2011) *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. 3. utgave Universitetsforlaget, Oslo
- Dalin Å. (1999) *Veier til den lærende organisasjon*. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo
- Filstad C. (2015) *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*. Fagbokforlaget, Bergen
- Garmannslund K. (2000) *Nye medarbeidersamtaler. Etter tusenårsskiftet*. Fortuna Forlag
- Glasø L., Thompson G. (2013) *Transformasjonsledelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo
- Grønmo, S. (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder* Fagbokforlaget, Bergen
- Haugland S. A. (2004) *Samarbeid, allianser og nettverk*. Universitetsforlaget AS, Oslo
- Holm-Petersen, C., Sandberg Buch M. (2014) *Litteratur for ledelse af samarbejde på tvær søf sektorer i sundhedsvæsenet*. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Holter, H. og Kalleberg. R. (2012) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Universitetsforlaget, Oslo
- Hübertz Haaland F., Dale F. (2014) *På randen av ledelse. En veiviser i førstegangsledelse*. Gyldendal Akademiske, Oslo
- Jacobsen, D.I. (2009) *Perspektiver på kommune-Norge – en innføring i kommunalkunnskap*. Fagbokforlaget, Bergen
- Jacobsen, D. I. (2012) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utgave.

- Jacobsen D.I. (2014) *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 2. utgave. Fagbokforlaget, Bergen.
Høyskoleforlaget AS, Kristiansand
- Lai, L. (2013) *Strategisk kompetanseledelse*. 3. utgave. Fagbokforlaget, Bergen
- Nordhaug, O. (2004) *Strategisk kompetanseledelse*. Universitetsforlaget AS, Oslo
- Rolland, A. (2004) *Kostra og kvalitet på de kommunale tjenestene*. SSB, notat 2004/77
- Schaug N. (2010) *Leder i kommunen. I samspill med administrasjon, politikere og innbyggere*. Kommuneforlaget AS, Oslo
- Skau, G.M. (2011) *Gode fagfolk vokser*. Cappelen Damm Akademiske, Oslo
- Stacey, R.D. (2008) *Hvordan kunnskap vokser frem. Et kompleksitetsperspektiv på læring og kunnskapsutvikling*. Gyldendal Akademiske, Oslo
- Stokkeland H., Kaarbø A. (2014) *31 nøkler til godt kommunalt lederskap*. Kommuneforlaget AS, Oslo
- Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. utgave. Fagbokforlaget, Bergen
- Tiller T., Helgesen S. (2011) *Bedre leder. Lederutvikling gjennom reflektert erfaring*. Høyskoleforlaget AS, Kristiansand
- Wadel C. (2008) *Endringsledelse mot en lærende organisasjon*. SEEK a/s, Flekkefjord
- Willumsen, E. og Ødegård, A. (2014) *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. Universitetsforlaget, Oslo
- Åkerstrøm Andersen N., Grønбек Pors J. (2014) *Velfærdsledelse. Mellom styring og potentialisering*. Hans Reitzels Forlag

Statlige undersøkelser og rapporter:

- EVASAM (2016) Norges forskningsråd, *Evaluering av samhandlingsreformen*. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen.
- Helsedirektoratet (2014), *Status for samhandlingsreformen*. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet juni 2014.
- Med. St. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*.

- Meld.St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.*
- Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2014)
Statusrapport for samhandlingsreformen – Råd på veien videre
(<https://hnt.no/Documents/Samhandling/Samhandlingsreformen/Statusrapport%20for%20samhandlingsreformen%20november%202014.pdf>)
- Norsk Sykepleierforbund (2008) *Det du bør vite om faglig forsvarlighet.*
(<https://www.nsf.no/Content/298024/Faglig%20forsvarlighet.pdf>)
- Regjeringen.no: *Omsorg 2020 – Regjerings plan for omsorgsfeltet 2015-2020.*
- Riksrevisjonen (2015-2016) Dok.3:5 *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen.*

Vedlegg 1: Invitasjon og samtykkeerklæring til gruppeintervju

Invitasjon til å delta i gruppeintervju

Jeg ønsker å invitere deg som leder eller sykepleier med ansvar for opplæring og fagutvikling til å delta i gruppeintervju i forbindelse med mitt mastergradsstudie.

Til daglig jobber jeg ved Sykehuset i Vestfold, og har bakgrunn som sykepleier og som ledere i flere år for ulike enheter i sykehuset. Fra 1. juli d.å. gikk jeg over i stilling som prosjektleder, der jeg primært skal jobbe med kompetanseoverføring mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten i Vestfold.

Jeg har siden høsten 2013 deltatt på masterstudie i Organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold, og i den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave i løpet av studieåret 2016/-17.

Tema jeg har valgt å undersøke og skrive om er, «Betydningen av ledelse og kompetanseutvikling etter innføringen av samhandlingsreformen». Undersøkelsene skal gjøres i to av kommunene i Vestfold, der XX er en av kommunene. Jeg ønsker å kartlegge hvilke planer og strategier som legges for å utvikle ansattes kompetanse i sykehjem og hjemmetjeneste, og hvilken rolle sykepleiere med ansvar for opplæring og kompetansetiltak har i dette. Videre hvordan kommunen opplever at sykehuset ivaretar opplæring og veiledning overfor kommunehelsetjenesten. Hvilke forutsetninger og klarhet i oppgaver og ansvar ledere og sykepleiere opplever at de har for å ivareta dette området vil jeg også stille spørsmål om. Jeg ønsker innspill på hvilke potensielle tiltak kommunen ser for seg for å øke kompetansen til helsepersonell evt. i samarbeid med andre kommuner og Sykehuset i Vestfold.

Datainnsamling

Jeg har innhentet godkjenning fra kommunalsjef og virksomhetsleder for å gjennomføre et gruppeintervju med inntil 6 personer, ledere og sykepleiere med ansvar for opplæring og fagutvikling i sykehjem og hjemmetjenesten fra ulike avdelinger/soner i kommunen. Gruppeintervjuet krever at du får avsatt 2 timer til selve intervjuet.

Jeg ønsker å gjennomføre gruppeintervjuet, Dato:xxx, Kl.slett:xxx, Sted:xxx. Lydopptak vil bli benyttet under selve intervjuet.

Personvern

Data fra undersøkelsen vil bli behandlet konfidensielt, og det er søkt om godkjenning av undersøkelsen til Personvernombudet, Norsk senter for forskningsdata. Det er kun jeg og min veileder som har tilgang til personopplysningene. Disse opplysningene og lydopptak fra intervjuene vil bli slettet når studien avsluttes våren 2017. Det er frivillig og delta, og du kan når som helst trekke seg fra å delta i gruppeintervjuet.

Spørsmål vedrørende undersøkelsen kan rettes til meg på telefon 97090270. Min veileder under mastergradsarbeidet er Sidsel Kari Solbrække ved Høgskolen i Sørøst-Norge.

Jeg ser frem til en snarlig tilbakemelding. Tusen takk for hjelpen så langt.

Samtykkeerklæringen som du finner på neste side, må signeres og leveres den dagen du møter til intervju.

Med vennlig hilsen
Anita Elmer

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i gruppeintervju.

(Signert av intervjudeltaker, dato)

Vedlegg 2: Informasjon og samtykkeerklæring individuelle intervjuer

Datainnsamling til mastergradsoppgave

Jeg viser til tidligere dialog, og forespørsel og tillatelse til å gjennomføre gruppeintervjuer og samle inn data i XX kommunen i forbindelse med mitt mastergradsarbeid.

Om meg

Til daglig jobber jeg ved Sykehuset i Vestfold, og har bakgrunn som sykepleier og som leder i flere år for ulike enheter i sykehuset. Fra 1. juli d.å. gikk jeg over i stilling som prosjektleder, der jeg primært skal jobbe med kompetanseoverføring mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten i Vestfold.

Jeg har siden høsten 2013 deltatt på masterstudie i Organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold, og i den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave i løpet av studieåret 2016/-17.

Tema jeg har valgt å undersøke og skrive om er, «Betydningen av ledelse og kompetanseutvikling etter innføringen av samhandlingsreformen». Undersøkelsene skal gjøres i to av kommunene i Vestfold, der XX er en av kommunene. Jeg ønsker å kartlegge hvilke planer og strategier som legges for å utvikle ansattes kompetanse i sykehjem og hjemmetjeneste, og hvilken rolle sykepleiere med ansvar for opplæring og kompetansetiltak har i dette. Videre hvordan kommunen opplever at sykehuset ivaretar opplæring og veiledning overfor kommunehelsetjenesten. Hvilke forutsetninger og klarhet i oppgaver og ansvar ledere og sykepleiere opplever at de har for å ivareta dette området vil jeg også stille spørsmål om. Jeg ønsker innspill på hvilke potensielle tiltak kommunen ser for seg for å øke kompetansen til helsepersonell evt. i samarbeid med andre kommuner og Sykehuset i Vestfold.

Datainnsamling

Gruppeintervju med ledere og fagutviklingssykepleiere i hjemmetjenesten og sykehjem i XX kommune er gjennomført. For å supplere datamaterialet ønsker jeg også en samtale med deg som Kommunalsjef/Virksomhetsleder for XX.

Temaene jeg ønsker å spørre deg om i samtalen er:

- Hvilke planer og strategier som legges for å utvikle ansattes kompetanse i sykehjem og hjemmetjeneste på et overordnet nivå i kommunen.
- Hvilket inntrykk du har og signaler du får om hvordan sykehuset ivaretar opplæring og veiledningsansvaret overfor kommunehelsetjenesten.
- Hvilke forutsetninger og ansvar ledere har for å legge planer og utvikle ansattes kompetanse.

Personvern

Data fra undersøkelsen vil bli behandlet konfidensielt, og er godkjent av Personvernombudet, Norsk senter for forskningsdata. Det er kun jeg og min veileder som har tilgang til personopplysningene.

Disse opplysningene vil bli slettet når studien avsluttes våren 2017.

Min veileder under mastergradsarbeidet er Sidsel Kari Solbrække ved Høgskolen i Sørøst-Norge.

Med vennlig hilsen

Anita Elmer

Samtykkeerklæring: Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i samtale.

(Signert av deltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide gruppeintervju

Intervjuguide

1. Hvilke planer og strategier har enhetene for faglig utvikling og opplæring av helsepersonell?

- 1a. Har kommunen eget opplæringsprogram for nyansatte, felles for alle eller for hver yrkesgruppe?
- 1b. Er kompetanseutvikling beskrevet i kommunale planer?
- 1c. Gjennomføres det årlig sertifiseringer av helsepersonell? Hvilke?
- 1d. Har de ansatte avsatt tid til fagdager og/eller internundervisning?
- 1e. Får de ansatte tilbud om å delta på eksterne kurs?
- 1f. Får ansatte tilbud om å ta videreutdanning?
- 1g. Foreligger det verktøy for behovskartlegging, kompetansestyring og – planlegging?
- 1h. Har avdelingene egne planer for fagutvikling på halvår/årsbasis?
- 1i. Har de ansatte individuelle kompetanseplaner?
- 1j. Har enhetene egne fagutviklingsressurser?

2. Hvor viktig er sykehusets rolle i å øke kompetansen til helsepersonell i kommunene?

- 2a. Har ansatte i kommunen deltatt på opplæring i regi av SiV?
- 2b. Har ledere i kommunen etterspurt opplæring og veiledning fra SiV?
- 2c. Hvilken erfaring har dere med de kurs og opplæring dere har deltatt på i sykehusets regi?
- 2d. Er det behov for regelmessig kurs innenfor noen områder? Hvilke?
- 2e. I hvilken form gir kompetansetiltakene best læringseffekt?
Undervisning i små eller store grupper? Veiledning i praksis? Trening på praktiske ferdigheter i simuleringssenter?
- 2f. Hvilken rolle tenker dere at kommunene kan og bør ha i å øke kompetansen til helsepersonell i sykehus?

3. Opplever ledere at forutsetningene er tilstede for å drive systematisk kompetanseutvikling?

- 3a. Opplever ledere i sykehjem og for hjemmetjenester at det stilles krav til kompetansenivå fra overordnet ledelse i kommunen.

- 3b. Legger politiske beslutninger grunnlag for hva som prioriteres av kompetansetiltak?
- 3c. Er forutsetningene tilstede for at avdelingene kan drive systematisk kompetanseutvikling?
- 3d. Hvis nei, hvilke forutsetninger mangler? (støttepersonell, økonomiske rammer, klarheter i forventningene?)
- 3e. Hva gjør du som leder for å påvirke dette?

4. Er avtaler og mål for samhandling på tvers av virksomheter og nivåer tydelig og kjent for ledere og ansatte?

- 4a. Kjenner du som ledere til samarbeidsavtalene med Sykehuset i Vestfold?
- 4b. Foreligger det samarbeidsavtaler med andre kommuner eller på tvers av enheter innad i kommunen?
- 4c. Kjenner de ansatt i virksomhetene til avtalene?
- 4d. Hvilke tiltak er gjort for å gjøre mål, krav og forventinger mellom partene i avtalene kjent for de ansatte?
- 4e. Brukes avtalene aktivt i det daglig?
- 4f. Synes du at avtalene er hensiktsmessig i dens form og innhold?

5. Hva skal til for at kommunene i Vestfold skal iverksette felles kompetansetiltak for sykepleiere?

- 5a. Vil det være hensiktsmessig om kommunene har felles strategi og krav til kompetanseutvikling?
- 5b. Hvor er det naturlig at ansvaret evt. legges for drive frem dette?
- 5c. Hvilke tiltak vil være naturlig at er felles for alle sykepleiere i kommunehelsetjenesten?
- 5d. I hvilken form bør dette iverksettes?
- 5d. Hvilke kompetansetiltak kan kommunene tilføre sykepleiere i sykehus?
- 5e. Hvordan vil evt. en felles plan for kompetanseutvikling og –overføring kunne påvirke samhandlingen og koordinering av tjenestene mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten?
(Diskuteres i gruppen, og legges frem som et fremtidsbilde av hvordan et forslag på dette området kan være.)

Vedlegg 4: Intervjuguide individuelle intervju

Guide for individuelle samtaler

1. Hvilke planer og strategier har kommunen for faglig utvikling og opplæring av helsepersonell?

- 1a. Er utvikling av kompetanse definert i overordnet plan og strategi i kommunen?
- 1b. Har kommunen eget opplæringsprogram for nyansatte i helsesektoren?
- 1c. Gjennomføres det årlig sertifiseringer av helsepersonell? Hvilke?
- 1d. Har de ansatte avsatt tid til fagdager og/eller internundervisning?
- 1e. Får de ansatte tilbud om å delta på eksterne kurs og videreutdanninger?
- 1f. Foreligger det verktøy for behovskartlegging, kompetansestyring og – planlegging?
- 1g. Har avdelingene egne planer for fagutviklingsaktiviteter på halvår/årsbasis?
- 1h. Har de ansatte individuelle kompetanseplaner?
- 1i. Har enhetene egne fagutviklingsressurser?
- 1j. Hvilken rolle og ansvar forventer du at dine ledere tar i å utvikle kompetansen til helsepersonell i kommunen?

2. Hvor viktig er sykehusets rolle i å øke kompetansen til helsepersonell i kommunene?

- 2a. Kjenner du til om ansatte i kommunen deltatt på kurs og opplæring i regi av SiV?
- 2b. Er kommunen aktiv i å etterspørre de kurs som det er behov for?
- 2c. Hvorvidt oppfatter du at kurs og opplæring i sykehusets regi har vært nyttig for de ansatte?
- 2d. Hvilke kompetanseområder er det som særlig etterspørres?
- 2e. Hvilken rolle tenker dere at kommunene kan og bør ha i å øke kompetansen til helsepersonell i sykehus?

3. Opplever ledere at forutsetningene er tilstedet for å drive systematisk kompetanseutvikling?

- 3a. Stiller du krav til hvilket nivå det skal være på kompetansen til ansatte i virksomhetene? Eks.
- 3b. Legger politiske beslutninger grunnlag for hva som prioriteres av kompetansetiltak? Eks.
- 3c. Er forutsetningene tilstedet for at avdelingene kan drive systematisk kompetanseutvikling?
- 3d. Hvis nei, hvilke forutsetninger mangler? (støttepersonell, økonomiske rammer, klarheter i forventningene?)
- 3e. Har dine ledere samme oppfatning av dette?
- 3f. Hva gjøres evt. for å påvirke dette?
- 3g. Er lederne aktive i prosesser om å søke eksterne midler og finansiering av tiltak?

4. Er avtaler og mål for samhandling på tvers av virksomheter og nivåer tydelig og kjent for ledere og ansatte?

- 4a. Kjenner lederne til samarbeidsavtalene med Sykehuset i Vestfold?
- 4b. Foreligger det samarbeidsavtaler med andre kommuner eller på tvers av enheter innad i kommunen?
- 4c. Krever du at de ansatt i virksomhetene også kjenner til avtalene?
- 4d. Hvilke tiltak er evt. gjort for å gjøre mål, krav og forventinger mellom partene i avtalene kjent for de ansatte?
- 4e. Kjenner du til om avtalene brukes aktivt i det daglig?
- 4f. Synes du at avtalene er hensiktsmessig i dens form og innhold?
- 4g. Samarbeider enhetene i virksomhetene om interne kurs og opplæringstiltak?
- 4h. Er det system og kultur for at fagressurser benyttes på tvers av virksomhetene?

5. Hva skal til for at kommunene i Vestfold skal iverksette felles kompetansetiltak for sykepleiere?

- 5a. Vil det være hensiktsmessig om kommunene har felles strategi og krav til kompetanseutvikling for enkelte yrkesgrupper?

5b. Hvor er det naturlig at ansvaret evt. legges for drive frem dette?

5c. Hvilke tiltak vil være naturlig at er felles for alle sykepleiere i kommunehelsetjenesten?

5d. I hvilken form bør dette iverksettes?

5e. Hvordan vil evt. en felles plan for kompetanseutvikling og –overføring kunne påvirke samhandlingen og koordinering av tjenestene mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten?

Vedlegg 5: Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger fra personvernombudet



Frode Haaland
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Vår dato: 10.08.2016

Vår ref: 49173 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.07.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49173	<i>Betydning av ledelse og kompetanseutvikling etter innføringen av samhandlingsreformen</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Frode Haaland</i>
Student	<i>Anita Elmer</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf. 55 58 24 10

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 6: Rapport – Kartlegging av kompetansedeling og samarbeid mellom kommuner i Vestfold og Sykehuset i Vestfold



Rapport

Kartlegging av kompetansedeling og -samarbeid mellom kommuner i Vestfold og SiV

Februar 2017

Utarbeidet av:

Charlotte Standeren

Utviklingssenteret for Sykehjem og Hjemmetjenester i Vestfold

Anita Elmer, Prosjektleder

Sykehuset i Vestfold HF



Innhold

1.0	BAKGRUNN	4
2.0	MÅLET MED KARTLEGGINGEN	4
3.0	METODE	4
4.0	ORGANISERING OG GJENNOMFØRING AV ARBEIDET	5
5.0	OPPSUMMERING	5
6.0	ANNEN FORSKNING OG RAPPORTER	7
7.0	SAMHANDLINGSFORLØPET I VESTFOLD	7
8.0	KARTLEGGING	8
8.1	FUNN FRA KARTLEGGINGEN I KOMMUNENE I VESTFOLD.....	9
8.1.1.	Hjemmetjenester og sykehjem	9
8.1.2.	Boligtjenesten.....	10
8.1.3.	Psykisk helse og rus	10
8.1.4.	Helsesøster og jordmortjeneste.....	11
8.1.5.	Fysio- og ergoterapitjeneste	12
8.1.6.	Legetjenesten	12
8.1.7.	Legevakt	12
8.2	FUNN FRA KARTLEGGINGEN I SIV	12
8.2.1.	Medisinsk- og Kirurgisk klinikk	12
8.2.2.	Klinikk for psykisk helse og rusbehandling (KPR)	14
8.2.3.	Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering (KFMR)	15
8.2.4.	Klinikk for medisinsk diagnostikk	15
8.2.5.	Prehospital klinikk	15
8.2.6.	Servicedivisjon.....	15
8.2.7.	Administrasjon	16
8.3	HOSPITERING	16
8.4	FAGNETTVERK.....	16
8.5	KOMPETANSESAMARBEID	17
8.6	STUDIEBESØK.....	18
8.7	SAMARBEID MED UTDANNINGSINSTITUSJONER.....	19
9.0	FERDIGHETSTRENING OG SIMULERING	19
10.0	UTVIKLINGSSENTERETS ROLLE OG AKTIVITETER	20
11.0	TILSKUDD TIL INNOVASJONS- OG KOMPETANSEHEVINGSPROSJEKTER	20
12.0	ANBEFALINGER	21
13.0	ERFARINGER	22
	VEDLEGG	23

Vedlegg 1: Datainnsamling kompetansedeling og samarbeid (se eget dokument).....	23
Vedlegg 2: Informasjonsnotat til kommunalsjefer i Lederforum Helse	23
Vedlegg 3: Informasjonsnotat til klinikksjefer i SiV	26
Vedlegg 4: Kartleggingsskjema for kommunene.....	28
Vedlegg 5: Kartleggingsskjema for SiV	33

1.0 BAKGRUNN

For å kunne implementere og optimalisere pasientforløp fra hjem til hjem kreves økt samhandlingskompetanse. Dette innebærer økt kunnskap i koordinering av tjenestetilbudet, kommunikasjon, og tilrettelegging for gode og effektive forløp. Det faglige kunnskapsbehovet har også økt, herunder kompetanse i vurdering og diagnostikk, samt kjennskap til prosedyrer.

Gjennom samarbeidsavtalen, delavtale g), mellom SiV og kommunene i Vestfold skal begge parter bidra til kompetanseheving og kunnskapsoverføring.

Effektiv kompetansedeling og kompetanseutvikling er nødvendig for å lykkes i måloppnåelsen om god pasientbehandling og gode omsorgstjenester på kort og lang sikt. Å ha en systematisk kompetansestrategi er viktig, men ingen garanti for å lykkes hvis den ikke er operativ.

Høsten 2016 forelå det ingen samlet oversikt over hva som foregikk på kompetanseområdet i regi av den enkelte kommune i Vestfold og i SiV, og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT-V). Inntrykket var at partene i liten grad har samarbeidet systematisk om hvilke kompetansetiltak som skal gjennomføres for hvilke helsepersonellgrupper og i hvilken form.

Det oppleves i dag at det er store variasjoner på hva den enkelte kommune har implementert av grunnleggende kompetansetiltak, og kan håndtere av prosedyrer og viderebehandling etter utskrivelse fra SiV. Uklare forventinger kan på dette området bidra til at samhandlingen, og overgangene for pasientene ved innleggelse og utskrivelse ikke blir optimal. Det er viktig at SiV er en aktiv bidragsyter inn i dette, slik at behovene gjøres kjent og at kommunene og SiV samarbeider om å løfte kompetansen.

For å avdekke behovet for videreutvikling og systematisering av kompetansedelingstiltak, så man behovet for en kartlegging av hva som foregår på dette området i dag både i SiV og i kommunene, noe som Lederforum Helse i Vestfold og SiVs ledelse gav sin tilslutning til.

2.0 MÅLET MED KARTLEGGINGEN

- Få oversikt over tiltak for opplæring og kompetansedeling mellom SiV, kommunene og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (Heretter USHT-V)
- Få oversikt over hvilke kompetansetiltak som er implementert for ulike yrkesgrupper i den enkelte kommunen og på tvers, og hva det er behov for å styrke.
- Få et datagrunnlag for videre prioritering og koordinering av kompetansetiltak .
- Få større forståelse og avstemte forventinger.
- Øke bevisstheten om et gjensidig ansvar for kompetansedeling.
- Bedre samhandling.

3.0 METODE

Dataene fra kartleggingen er basert på møter med ledere på virksomhetsnivå i kommunene og på seksjons- og avdelingsnivå i SiV, eksisterende møtearenaer har i stor grad vært benyttet. I tillegg har lederne besvart egne kartleggingsskjemaer med detaljer fra hver enhet.

Det er til sammen gjennomført 72 kartleggingsmøter, 42 møter i kommunene og 30 møter i SiV.

Kartleggingsmøtene har vært preget av stort engasjement og åpenhet. Møtene i kommunene og i SiV har på begge sider bidratt til erkjennelser i gruppene på at det er lite av kompetansedelingen som er satt i system, og at det er behov for bedre systemer både internt og på tvers.

4.0 ORGANISERING OG GJENNOMFØRING AV ARBEIDET

Arbeidet har vært ledet og gjennomført av Prosjektleder i SiV, Anita Elmer og USHT-V, ved Charlotte Standeren med mandat fra Lederforum Helse i Vestfold og ledelsen ved SiV.

Selve kartleggingsarbeidet er gjennomført i perioden fra oktober 2016 til februar 2017.

Plan og aktiviteter:

Nr	Plan og aktiviteter	Dato
1.	Mandat for kartlegging godkjent	25.08.2016
2.	Utarbeidelse av kartleggingsmaler for SiV og kommunene	Sept. 2016
3.	Informasjon til ledere og kontaktpersoner	17.10.2016
4.	Kartleggingsmøter i SiV	19.09.2016- 09.01.2017
5.	Kartleggingsmøter i kommunene	08.11.2016- 03.02.2017
6.	Studiebesøk	04.11.2016 10.02.2017
6.	Rapportering av funn og anbefalinger i SU	16.02.2017
7.	Ferdigstilling og distribuering av sluttrapport	17.02.2017

5.0 Oppsummering

Funnene fra kartleggingen viser at det arrangeres mange enkelttiltak i regi av SiV, USHT-V, nettverk, kommunene selv og andre aktører. Disse tiltakene er i liten grad koordinert, det finnes ikke en felles oversikt over tilgjengelig kurs og fagdager som det er mulig å delta på, og invitasjoner som sendes ut når ofte ikke de riktige målgruppene uavhengig av hvem som er arrangør.

Funn i kommunene

De fleste av de større virksomhetene i kommunene har introduksjonsprogram for nyansatte i sjekklisteform, som i hovedsak inneholder system- og rutineopplæring. Det er store variasjoner på hva som er vektlagt av fagtiltak i opplæringen i like virksomheter i Vestfold. Fellestrekkene er at det er definert mange kompetansetiltak, men det er lite system for at ansatte gjennomfører opplæringen. Et unntak er medikamenthåndtering som gjennomføres som e-læringskurs i alle virksomhetene, til de helsefagarbeidere og assistenter som skal administrere medisiner til brukerne. Det er få kommuner som har kurs i medikamenthåndtering for sykepleiere, selv om tjenestene i dag i større grad preges av aktiv behandling og medisiner.

Prøvetaking har økt i omfang i kommunehelsetjenesten etter samhandlingsreformen, men er hos de fleste ikke implementert som en del av opplæringen. Opplæring i ABCDE/MEWS/ISBAR gjennomføres ved noen få avdelinger i hjemmesykepleie og sykehjem, og andre er i gang og ønsker å sette dette i system.

Virksomhetene for Psykisk helse og rus i kommunene har generelt høy grunnkompetanse blant ansatte, de har få opplæringstiltak lokalt, men har etablert intern veiledning og deltar på eksterne kurs. Boligtjenesten har mange ufaglærte i sine virksomheter, og få opplæringstiltak som er satt i system for nyansatte.

Det er generelt lite samarbeid om interne kurs på tvers av virksomhetene i kommunene, og interne fagressurser benyttes i for liten grad til undervisning eller veiledning i andre virksomheter i egen kommune.

Det er fremkommer ikke noe samarbeid i dag på tvers av like virksomheter i Vestfold for å lage standardisert innhold i opplæring og kurs, med unntak av legevaktene. Allmennleger gjennomfører en rekke kurs som et ledd i pålegg om oppdatering. Mange av sykehjemslegene derimot er ikke spesialister, og har derfor heller ikke de samme kravene på seg for å holde seg faglig oppdatert. Det er ikke noen systematiske tiltak for denne gruppen.

Funn i SiV

SiV tilbyr undervisning og kurs i form av åpne invitasjon, eller undervisning til mindre grupper. Mye av kompetansedelingen foregår i forbindelse med overføringer og oppfølging av enkeltpasienter, som skal ha kommunale tjenester. Dette er noe kommunene opplever at fungerer godt.

Ledere i SiV kjenner lite til hvilket kompetansebehov kommunene har, og hva de kan forvente at kommunene har kompetanse på.

Historisk sett har det vært mest fokus på kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, men i denne kartleggingen har det vært viktig at det også settes fokus på hva helsepersonell i SiV har behov for å lære av kommunene.

Ledere i SiV og i kommunene fremhever at helsepersonell i SiV har for liten innsikt og forståelse av hvordan kommunene er organisert og hvilke muligheter og begrensninger som ligger i tjenestene. Kommunene gir tilbakemelding om at det i SiV er behov for å styrke det helhetlige pasientfokus, og evnen til å gjøre gode funksjonsvurderinger som grunnlag for tjenestetildeling i kommunene.

Det er ellers behov for en større bevissthet omkring betydningen av god planlegging før utskrivelse fra sykehus, hva kommunene trenger av informasjon for å ivareta videre behandling og observasjoner.

SiV tilbyr opplæring i ulike prosedyrer ved overføring av enkeltpasienter som krever at opplæringen gjennomføres tilpasset forholdene og utstyret som er tilgjengelig i kommunene dette har det vært for lite bevissthet i forhold til.

Seksjoner innen psykiatri og rus har behov for å økt innsikt i kommunenes lovverk, særlig i forhold til tvang, og hvilke behandlingsmetoder som benyttes for pasienter i psykiatritjenestene i kommunene er et annet område som de kjenner for lite til.

Geriatrici er også et fagområde som ledere i SiV og kommunene mener at spesialisthelsetjenesten trenger å heve kompetansen på.

Samarbeid

Samarbeidsavtalen er lite kjent blant helsepersonell i SiV og kommunene, mange mener den er for generell og for lite relevant. Samtidig rapporterer kommunene om at SiV i mange saker fortsatt går for langt i å bestille/definere tjenester i kommunene, og skape forventninger hos pasienter og pårørende som ikke lar seg innfri i kommunene. Rutiner for inn- og utskrivelse er kjent for noen, men det er kun i enkelte enheter implementert som en del av opplæringen for ansatte. Det er ingen systematisk opplæring av leger i henvisnings- og epikriserutiner og innhold.

Fagnettverk

Det finnes mange ulike fagnettverk og – fora for helsepersonell i Vestfold, totalt 48 nettverk har fremkommet av kartleggingen. Noen nettverk er sammensatt på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste og andre på tvers av kommuner i Vestfold. Det arrangeres mange kurs og fagdager i regi av nettverkene, som får gode tilbakemeldinger. Lederne mener det er for mange nettverk, og at det varierer hvilken nytteverdi det gir for virksomheten. Mandatene til nettverkene er lite kjent, uklare forventninger til de som deltar og lite system for spredning av informasjon og kompetanse tilbake i den enkelte virksomhet.

Nettverk som særlig fremheves som gode og nyttige er nettverk for kreft og lindring, rehabilitering og nettverk for helsesøstre. Smittevern nevnes som en god modell, der interkommunale ressurser er lett tilgjengelig, holder mye undervisning i kommunene og har et nettverk med smittevernkontakter på alle enheter.

Hospitering

Hospitering benyttes lite. Det er noe hospitering på enkelte av seksjonene på SiV, men ingen hospitering fra SiV til kommunene. Det er ikke noe system for hospiteringen i dag, og det er basert på direktehenvendelser og avtaler. Begge parter tenker at hospitering vil være nyttig for å øke innsikten på tvers av nivåene, men det forutsetter et bedre system slik at oppholdene blir mest mulig relevante for den enkelte.

Ferdighetstrening

Ferdighetstrening og simulering er en læringsform som anvendes mer og mer både i sykehuset og i kommunene. Det er tre ferdighets- og simuleringssentere som tilbyr kurs og opplæring i Vestfold, der kommunene i ulik grad benytter disse tilbudene og velger ulike arrangører. I tillegg har mange av kommunene

etablert egne ferdighetsrom lokalt i den enkelte kommune, disse er foreløpig lite i bruk. Opplæringen gjennomføres med ulikt innhold og form, det er ikke standardisert og instruktørene har ikke samme sertifisering og opplæring. På dette området er det behov for bedre koordinering og standardisering.

Kompetansedeling og opplæring kan skje på mange ulike måter og ved bruk av flere kanaler. Behovet for en felles informasjonskanal fremheves fra ledere både i SiV og kommuner. Kurstilbudet innen e-læring er det potensialer for å dele og ta i bruk i større skala enn i dag. Andre kommunikasjonsformer som nettkonferanser, veiledning og opplæring ved bruk av bildeteknologi benyttes lite i Vestfold i dag, og kan med fordel videreutvikle for at tilbudene skal nå flere.

6.0 ANNEN FORSKNING OG RAPPORTER

Behovet for dette arbeidet understøttes av evalueringer av samhandlingsreformen på nasjonalt nivå, forskning av Pia Bing-Jonsson som har forsket på kompetanse i sykehjem og hjemmetjeneste i norske kommuner (2015), og funn i riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen (2015-2016).

Riksrevisjonen viser til at det finnes lite kunnskap om kvaliteten i tjenestene til pasientene som skrives ut til kommunene. For tidlig utskrivning og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet, er årsak til at flere pasienter blir reinnlagt i sykehus. Andre funn i undersøkelsen er at kommunene i liten grad har økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen. 2 av 3 kommuner har i begrenset grad styrket kompetansen blant de ansatte i sykehjem og hjemmetjeneste i form av etter- og videreutdanning. Helseforetakene har tilbudt kommunene en rekke ulike kompetansehevingstiltak. Få kommuner har til nå benyttet seg av tiltak som ambulerende team, praksiskonsulenter og hospitering på sykehus.

Samhandlingsreformen gir store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Skal en lykkes må samhandlings- og koordineringsfunksjonen få en tydelig forankring, der samarbeidet med kommunehelsetjenesten må gis et tydelig ansvarspunkt både organisatorisk og på et faglig overordnet nivå (St.meld. 47).

Undersøkelsen til Pia Bing-Jonsson i hjemmesykepleie og sykehjem i ni norske kommuner avdekker at de ansatte særlig mangler kompetanse på å se når sykdom blir verre, sette i gang riktige tiltak og å følge opp pasienten ved å gjøre systematiske målinger og skrive ned hva som skjer med den eldre. Det gjelder blant annet helt sentrale sykepleieferdigheter som å:

- Gjøre de riktige observasjonene av pasienter til rett tid
- Gjenkjenne sykdomsforverring
- Sette i gang riktig tiltak til rett tid
- Håndtere prosedyrer

7.0 SAMHANDLINGSFORLØPET I VESTFOLD

Et av satsningsområdene i Samhandlingsreformen er å utvikle helhetlige og koordinerte pasientforløp i et hjem til hjem perspektiv.

I løpet av de siste årene er det utviklet en rekke diagnosespesifikke behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. For kommunehelsetjenesten har diagnosespesifikke forløp vist seg lite egnet i praksis, - hovedsakelig fordi pasienten i kommunehelsetjenesten sjelden har én diagnose. Behandlingsfilosofien i kommunehelsetjenesten er i stor grad preget av helhet, langsiktighet og generalistkompetanse, i motsetning til spesialisthelsetjenesten som i større grad er organisert rundt enkeltdiagnoser, spesialistkompetanse og har stor turnover av pasienter. Pasientforløpenes funksjon skal være å sikre sømløse og koordinerte tjenester.

Med utgangspunkt i dette utfordringsbildet, nedsatte Samhandlingsutvalget i Vestfold en arbeidsgruppe som fikk i mandat å utarbeide forslag til et «generelt pasientforløp med implementeringsplan» i den hensikt å sikre «pasienter med behov for et helhetlig og koordinerte pasientforløp i et hjem til hjem perspektiv» et standardisert, sikkert og trygt forløp som særlig sikrer overgangene i pasientforløpet, enten disse skjer internt i sykehuset eller i kommunen eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Det generelle pasientforløpet er senere omdøpt til "Samhandlingsforløpet", og er et program som skal prioritere og systematisere hvilke samhandlingstiltak som skal forsterkes og eventuelt avvikles, og få større effekt av igangsatte tiltak. I programperioden vil det bli igangsatt nye delprosjekter og det vil bli lagt større vekt på at prioriterte tiltak gjennomføres.

Målgruppen i samhandlingsforløpet er alle pasienter og brukere innenfor somatikk, psykisk helse og rus, som kommune- og spesialisthelsetjenesten samhandler om.

Målene i samhandlingsforløpet som særlig er relevante for kompetansesamarbeidet, er at helsepersonellet har relevant observasjons- og handlingskompetanse, at innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet er integrert i samhandlingsforløpet og at opplæring i kjernekompetanseområder er gjennomført i kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Det er så langt planlagt kompetansehevende tiltak i programmet for tre ulike grupper:

- helsepersonell
- forbedringsteam
- ledere

For helsepersonell er økt observasjonskompetanse hovedfokus, og en modell med tre nivåer er utarbeidet. Programgruppen anbefaler at alle helsefagarbeidere og sykepleiere skal gjennomføre e-læring i TILT (tidlig identifisering av livstruende tilstand), og at dette ansees som basiskompetanse. I tillegg gjennomfører 120 sykepleiere og 100 helsefagarbeidere en utvidet opplæring med fokus på både teori og ferdighetstrening gjennom simulering våren 2017. Det arrangeres også to dagers auditorieundervisning med fokus på pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder og informasjonsutveksling ved samhandling.

I Vestfold er det totalt dannet 11 tverrfaglige forbedringsteam som er gitt opplæring i forbedringsarbeid. Dette omfatter både metoder og målinger av forbedringer. Ledere gis opplæring i ledelse av kvalitet og forbedringsarbeid.

8.0 KARTLEGGING

Kartleggingen i SiV er basert på hvilke kurs og kompetansetiltak seksjonene tilbyr til helsepersonell i kommunene, hvilke nettverk de deltar i, om det foregår hospitering i eller fra kommunene, om samhandlingsrutiner og avtale er kjent for ansatte og hva de mener ansatte i SiV har behov for å styrke av kompetanse som kommunehelsetjenesten innehar.

Kartleggingen i kommunene er basert på hvilke kompetansetiltak som er satt i system for ulike yrkesgrupper i virksomhetene, opplæring i samhandlingsrutiner og prosedyrer, nettverk og hospitering, hva de har behov for å sette bedre i system og hva SiV har å lære av kommunene. I møtene i kommunene berøres også samarbeidet mellom SiV og kommunene, og samarbeidet med USHT-V. Kompetanse og innsikt er en viktig faktor for god samhandling, så dette har derfor vært relevant for helheten.

På bakgrunn av at Sykehus Sørlandet og sykehuset i Østfold med tilhørende kommuner har hatt prosjekter om kompetansedeling og har gjort tilsvarende kartlegginger, ble det i løpet av kartleggingsarbeidet arrangert studiebesøk. I tillegg har det vært innhentet erfaringer fra Akershus universitetssykehus i forbindelse med lanseringen av nettportalen «Kompetanebroen». Erfaringer fra dette er beskrevet under kap. 8.6.

Funnene i kartleggingen er i denne rapporten oppsummert for virksomhetsområder på tvers av kommunene, og på klinikknivå i SiV. Detaljer fra den enkelte virksomhet i hver kommune og på seksjon- og avdelingsnivå i SiV er dokumentert i eget dokument, se vedlegg 1: Datainnsamling kompetansedeling og samarbeid (i eget dokument).

8.1 FUNN FRA KARTLEGGINGEN I KOMMUNENE I VESTFOLD

8.1.1. Hjemmetjenester og sykehjem

Det er store variasjoner på hva som er systematisert og prioritert av opplærings- og kompetansetiltak i disse virksomhetene i Vestfold. Felles for de fleste er at det arrangeres og tilbys kurs og opplæring i mange ulike temaer, men det er lite systematikk i at hele gruppene gjennomfører tiltakene.

Det er vanskelig å gjennomføre fagutvikling på en god måte i hverdagen, og det er ofte de som er på jobb og kan gå fra som deltar (med unntak av de som deltar på fritiden). Det er få som har lagt opp organiseringen eller har ressurser til å sette av tid til egne dager til fagutvikling. Kursbudsjettene er generelt lave.

Ved deltakelse på eksterne kurs er det gjerne en og to som får delta, og kunnskapen er vanskelig å spre blant det øvrige personalet.

Medikamenthåndtering er et opplæringstiltak som alle har systematisert, men kun for helsefagarbeidergruppen. Det er kun et fåtall av virksomhetene som har oppdatering og kurs for sykepleiere i medikamenthåndtering. Dette på tross av at det med kortere liggetid i sykehus, og drives mye aktiv behandling i hjemmene og i sykehjem. Kurset i medikamenthåndtering gjennomføres som e-læring (KS-læring eller Apotek 1). Andre e-læringskurs som er tilgjengelig i KS-læringsportal er så langt tatt lite i bruk.

Annen opplæring som gjennomføres ved flere av virksomhetene er:

- Smittevern
- Ernæring
- HLR
- Praktiske prosedyrer
- Dokumentasjon (IPLOS, GERICA)
- ABC-demens (mest for helsefagarbeidere)
- Samhandlingsrutiner inn-/utskrivning (er kjent blant noen i avdelingene)
- Ferdighetstrening
- ABCDE/MEWS/ISBAR-opplæring er gjennomført i et fåtall enheter
- Kap. 4a Pasient og brukerrettighetsloven

Det er de færreste som har opplæring i prøvetaking og lab-arbeid satt i system. De som har avtale med Noklus, får tilbud om opplæring, men mange synes at denne avtaler har for høye kostnader.

De fleste har en form for internundervisning og fagdager for den enkelte avdeling eller felles for virksomheten med ulike temaer, men med varierende deltakelse. Det inviteres eksterne ressurser til å undervise i noen av disse temaene.

Det nevnes av flere at det hadde vært ønskelig med standardiserte kompetansepakker på tvers av disse virksomhetene i Vestfold som kvalitetssikrer form og innhold på det virksomhetene mener bør være et minimum av kompetanse for de ulike yrkesgruppene (sykepleiere og helsefagarbeidere). Det bør inneholde en kombinasjon av e-læring, undervisning (kurs) og ferdighetstrening.

Det er også et ønske fra noen av disse virksomhetene å få utarbeidet hefte i lommeutgave med pasientsikkerhetsområdene definert, gjerne felles for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (tilsvarende det som brukes i SiV).

Behov for å systematisere:

- Nyansattopplæring - gjerne et samarbeid på tvers av virksomheter i Vestfold om innholdet i dette.
- Årshjul for kompetanseutvikling, med system for hvilke temaer og hvor ofte prosedyrer og e-læring skal gjennomgås.
- Undervisning med tverrfaglig deltakelse. I sykehjem er ønskelig med større deltakelse fra legesiden, for eksempel på sårkurs, ABCDE/MEWS/ISBAR osv.
- Supplere opplæringen for sykepleiere med egne tiltak i medikamenthåndtering/-lære og lab-prøver og rutiner.
- Ta i bruk flere e-læringskurs i KS-læring og gjerne felles kurs med spesialisthelsetjenesten.
- Ferdighet- og senariotrening og opplæring i ulike prosedyrer som:

- Systematisk observasjon ifht akutt funksjonssvikt og viderebehandling. ABCDE/MEWS/ISBAR
 - Administrering av iv-behandling (oppfriskningskurs)
 - Injeksjoner subcutant og intramuskulært
 - PEG-sonde, Sonde, PICC-line, Sentrale venekateter, Tracheostomi
 - Sårbehandling
 - Medisinteknisk utstyr
 - Bruk av kartleggingsverktøy
- Kommunikasjon/vanskelig samtale(behandlingsavklaring)
 - Styrke generell medisinsk kompetanse, opplæring i diabetes, hjertesvikt, KOLS, kreft, ortopedi, geriatrikisk vurderingskompetanse osv.
 - Økt kunnskap innen psykiatri og rus nevnes som særlig aktuelt for hjemmetjenesten.
 - Bedre innsikt i samarbeidsrutiner og avtaler. Systematisk bruk av dokumentasjon. Gjerne som undervisning felles for ansatte i SiV og kommuner.

8.1.2. Boligtjenesten

Boligtjenesten er preget av en høy andel ufaglærte, og det er få kompetansetiltak som er satt i system for alle ansatte. Medisinkurs gjennomføres i alle virksomhetene for helsefagarbeidere og assistenter som skal administrere medikamenter til brukerne i boligene.

Det er deltakelse på en del eksterne kurs og tilbud fra Habiliteringstjenesten i SiV, og det er mye samarbeid og overføring av kompetanse mellom SiV og kommunene rette mot den enkelte bruker. Det er ikke fremkommet noen tiltak for kompetansedeling i form av felles kurs og opplæringstiltak mellom virksomheter på tvers av kommunene, men de benytter hverandre i større grad til råd og veiledning i saker som de ikke finner løsning på i egen kommune.

Behov for å systematisere:

Generelt er det behov for å sette flere kompetansetiltak i system ved disse virksomhetene.

Boligtjenesten har en stor andel ufaglærte og det nevnes av flere ledere at det bør lages et eget kompetanseprogram for disse.

Det er en lang rekke temaer som det er ønskelig å sette i system og få høyere kompetanse på som:

- Målrettet miljøarbeid (håndtering av utfordrende adferd)
- Utviklingshemming og aldring
- Seksualitet hos unge personer med utviklingshemming
- Sammensatte psykiske lidelser
- Bruk av Roll-Talk
- Kap 4a og 9
- Dokumentasjon (Profil)
- Kommunikasjon/medbestemmelse
- Holdninger og etikk
- Smittevern og hygiene
- Helseoppfølging og koordinering av tjenester for de som er tjenesteansvarlig
- Ernæring og Diabetes
- Opplæring i medisinsktekning utstyr
- HLR og førstehjelp
- Oppdateringskurs for sykepleiere og vernepleiere i medikamenthåndtering

8.1.3. Psykisk helse og rus

I disse virksomhetene er det generelt høy kompetanse, og mange med høyere utdanning.

Opplæring i medikamenthåndtering er satt i system for de aktuelle virksomhetene på dette området.

Mange av kursene og kompetansetiltakene er i regi av Borgestadklinikken, og noe i regi av SiV.

For brukergruppen mellom 12-18 år er det lite tilbud og kompetansebyggende tiltak internt i virksomhetene, og mellom SiV og kommunene.

Det er lite kompetansedeling mellom SiV og kommunene på rusfeltet. Mange av kommunene har opparbeidet seg høy kompetanse på dette feltet internt, og kjenner for lite til hva Avdeling for rusbehandling i SiV kan bidra med.

Veiledningsgrupper er implementert i de fleste av disse virksomhetene og benyttes til kompetanseoverføring internt.

E-læringskurs benyttes for opplæring i medikamenthåndtering, men andre e-læringskurs er tatt lite i bruk.

Andre kompetansetiltak som gjennomføres i flere av kommunene er:

- Førstehjelp
- Hygiene/smittevern
- Opplæring i sikkerhetsprosedyrer
- Motiverende intervju
- Kap. 4a og Kap. 9
- Kognitiv terapi

Behov for å systematisere:

- Opplæringsplan for nyansatte
- Lovverk for psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten/kommunehelsetjeneste
- Metoder for behandling og kartlegging – koordinering med SiV
- Kjenne til SiVs forventinger til kommunen
- Mer kompetanse og oppdatering i Kap. 4a og 9
- E-lærings «pakker» - rettet mot ulike yrkesgrupper og tjenester
- Etisk refleksjon
- Konflikthåndteringskurs
- Veiledningsmetodikk
- Stabilisering av traumer og personlighetsforstyrrelser

8.1.4. Helsesøster og jordmørtjeneste

Ved helsestasjonene er det ikke noe eget opplæringsprogram for nyansatte, det er relativt små virksomheter i mange av kommunene, og det er generelt en stabil personalgruppe med lite turnover og nyansettelser.

Helsesøstrene deltar på mange ulike eksterne kurs. Fokusområder i de fleste kommuner har i den siste tiden vært vold i nære relasjoner og psykisk helse.

For disse gruppene arrangeres det gode fagdager i regi av nettverkene, og jordmødrene deltar på en årlig fagdag i regi av føde/barselseksjonen på SiV. De opplever at de får mye nyttig informasjon på denne dagen, men kunne ønske et forum med gjensidig kompetansedeling der også kommunene i større grad bidro med faglig innhold. Det oppleves at det skjer mye nytt innenfor fødselsomsorgen, og det er et stort behov for informasjonsflyt fra spesialisthelsetjenesten til kommunejordmødre. Det er ønskelig med jevnlig oppdateringskurs for jordmødre som jobber i kommunal helsetjeneste.

Områder som det ønskes styrket kompetanse på er:

- Undersøkelse av spedbarn. (TIMP)
- HLR og akutte situasjoner.
- Systematisering av samarbeid, kurs og informasjon fra SSO og ernæringsfysiolog.
- Revmatiske lidelser og hud.
- Psykisk helse og traumatiserte barn
- Overvekts-problematikk og spiseforstyrrelser
- Foreldreveiledning
- Hva forventes av kommunen
- Tellende kurs for leger i helsestasjon
- Risikosvangerskap
- Flyktninger og innvandrere

8.1.5. Fysio- og ergoterapitjeneste

Fysioterapeuter og ergoterapeuter i de fleste kommunene er med i rehabiliteringsnettverket i Vestfold, der det arrangeres egen fagdager. Ellers er tilbakemeldingen at samarbeid og kompetanseoverføring mellom kommunene og SiV fungerer godt relatert til enkeltpasienter som skal følges opp i kommunene. Det er ønskelig med fora som gir mulighet for faglige diskusjoner og erfaringsutveksling med SiV. Det er et rikt kurstilbud for disse yrkesgruppene, og mange av kursene er i regi av fagforeningene. Kursene er kostbare, og begrenser mulighetene. Det er ønskelig om kommune og spesialisthelsetjenesten i større grad kunne arrangert felles kurs, og gjerne som er relevant for flere yrkesgrupper. Psykisk helse hos barn, og vansker som setter spor i kroppen er særlig nevnt som relevant.

8.1.6. Legetjenesten

Leger med spesialitet i allmennmedisin deltar på ulike kurs, de fleste i regi av Den Norske legeforening. Ikke noe system for hvilke temaer det må inneholde. Leger som jobber i legevakt må jevnlig ha akuttmedisinske kurs. Flere av sykehjemslegene er ikke spesialister i allmennmedisin, og det settes ikke krav til gjennomføring av kurs og oppdatering for disse. De fleste av kursene for allmennleger arrangeres utenfor Vestfold. Det er ønskelig med et mer systematisk tilbud om kurs i Vestfold, der spesialistene på SiV underviser. Det kan være emnekurs, eller kurs i møteserier med flere fagtemaer som gir tellende timer i spesialistgodkjenningen. Med SiV som arrangør av disse kursene, vil det være mer praksisnært i forhold til den daglige samhandlingen og oppfølgingen av pasientene i Vestfold.

Informasjon om ny rutiner og prosedyrer presenteres PKO-møte som avholdes 2 ganger per år eller i møter for Allmennlegeutvalget.

Under utdanningen til spesialist i allmennmedisin er det for tiden få leger som velger et praksisår på somatiske avdelinger ved SiV, med unntak av Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering som har stor pågang. Dette begrunnes med at det ikke er godt nok tilrettelagt i forhold til ledige stillinger, og at vaktbelastningen er høy på disse avdelingene.

Opplæring og kompetanse i henvisningsrutiner og innhold er ikke satt i system. Turnuslegenes faste møteserie, kan være et aktuelt forum å benytte for denne gruppen.

Samarbeidende yrkesgrupper opplever at legene har manglende kunnskap om kommunalt lovverk og forvaltning og bestiller-/utførermødel. Sykehuslege har også lite innsikt i dette.

Sykehjemsleger nevner at de har behov for høyere kompetanse på områder som geriatri, psykogeriatr, demens og samtykkekompetanse. De ønsker også flere kurs i regi av SiV for å kunne holde seg oppdatert i forhold til prosedyrer og behandling av de store kronikergruppene som KOLS og hjertesvikt.

8.1.7. Legevakt

Legevaktene har opplæringsprogram for nyansatte der mye av fokuset er rutiner, fagsystemer og medisinteknisk utstyr.

Opplæring i HLR gjennomføres årlig eller hvert annet år. Det er hyppig internundervisning og fagkvelder på tvers av legevaktene i Vestfold med ulike temaer. Opplæring ABCDE, MEWS og ISBAR er ikke satt i system ved alle legevaktene. Det jobbes med et felles opplæringsprogram for legevaktene i Vestfold.

Det er ønskelig med mer regelmessig simulering og ferdighetstrening, og en styrket kompetanse på psykisk helse og rus.

8.2 FUNN FRA KARTLEGGINGEN I SiV

8.2.1. Medisinsk- og Kirurgisk klinikk

Sengeposter og poliklinikker

Det foregår en del løpende kompetansedelingstiltak for helsepersonell i kommunene, men lite er satt i et regelmessig system eller inngår ikke i et helhetlig kursprogram på SiV. Det er lite av opplæringen som er koordinert mellom flere seksjoner, med unntak av opplæringstiltak ved Simuleringscenteret, der undervisningskrefter fra flere seksjoner benyttes.

Det tilbys opplæring i prosedyrer og utstyr ved overføring av enkeltpasienter. Internundervisning i kommunene i temaer som peritonealdialyse og hjertesvikt, og undervisning på kurs og fagdager i regi av nettverk arrangeres på forespørsel. Det har vært økende forespørsel om simulering og ferdighetstrening på Simuleringssenteret i ulike prosedyrer og senarioer på bestilling fra noen av kommunene. Råd og veiledning på telefon gis løpende fra alle seksjoner.

De fleste seksjoner gjennomfører opplæring i PLO-utskrivningsrapport, ikke alle kjenner til prosedyre for utskrivningsklare pasienter og de færreste har et forhold til samarbeidsavtalen mellom SiV og kommunene. Sykepleieseksjonene sier de trenger bedre innsikt i rutiner for oppfølging i kommunene, brukeres rettigheter og tilbud som pasientene har fra før. De trenger bedre innsikt i systemet rundt pasienten, hvilke oppgaver og organisering primærhelsetjenesten har, og hva kommunen trenger og forventer av informasjon.

Ved opplæring i prosedyrer trenger SiV mer kjennskap til hvilket utstyr som er tilgjengelig og hvilke prosedyrer som gjelder i kommunene, for å kunne gi en tilpasset opplæring.

Det er behov for en bedre oversikt over hvor en skal henvende seg, og kontaktpersoner på tjenestestedene i kommunene. Det er særlig aktuelt ved manglende informasjon, innleggelsesrapport eller henvisning eller når det er akutte behov for tjenester for pasienter som ikke har kommunale tjenester fra før. Føde/barsel seksjonen gir tilbakemelding om at de har behov for å øke kjennskapet til svangerskapsomsorgen i kommunene og dets innhold.

Fagseksjonene (leger)

Overlegene i de medisinske og kirurgiske fagseksjonene stiller i en rekke møter og fora hvor de holder faginnlegg for allmennleger, sykehjemsleger, turnusleger og annet helsepersonell:

- Akutt pediatri x 2 pr år for turnusleger
- Opplæring i komplekse tilfeller og ved etablering av døgnskuttet tilbud for barn.
- Smittevernkurs
- Hjertesvikt, hjemmerespirator, overvekt, diabetes og nyresvikt
- Kurs for legevaktleger
- Øyeseksjonen underviser turnusleger før de skal ut i turnustjeneste i kommunen

Legene i SiV gir veiledning til fastleger og sykehjemsleger på ulike temaer, der det særlig nevnes gastromedisin og smerteproblematikk. Leger deltar også på kurs og opplæring for andre yrkesgrupper i temaer som fallforebygging og innleggelse og skifte av urinveiskateter.

Det er store variasjoner på hvorvidt legene kjenner til samhandlingsrutiner og –prosedyrer, og de har lite forhold til samarbeidsavtalen. Noen svarer at dette tar sykepleierne seg av. Enkelte seksjonsledere tror at opplæring i utskrivningsrutiner, epikrisemal og innhold ligger i SiVs nyansettopplæring for leger, men det gjør det ikke per i dag.

Det er lav deltakelse fra sykehusets leger på samhandlingsmøtene som arrangeres 2 ganger i året i regi av praksiskonsulentene.

Habiliteringssenteret

Habiliteringssenteret og Læring og mestringssenteret har en utstrakt kursvirksomhet for helsepersonell, brukere, pårørende og ansatte i skoler og barnehager. De jobber i tverrfaglige team, og deler mye kompetanse i samarbeids- og koordineringsmøter for den enkelte bruker. De har mye utadrettet virksomhet.

Habiliteringssenteret bruker egne maler for epikrise/tverrfaglige notater, og inngår egne avtaler for enkelte brukere.

Senter for sykkelig overvekt (SSO)

Senteret har kurs i overvekt og diabetes i Vestfold for leger, personell i boliger og helsesøstre m.fl.

Da senteret også har en regionalfunksjon holdes det også kurs for ansatte i kommuner i hele regionen (HSØ), og de leder det nasjonale kompetanseprogrammet, "Fra kunnskap til handling".

SSO inviterer til gruppeveiledning vedrørende enkeltpasienter, men opplever lav deltakelse fra helsesøstergruppen.

8.2.2. Klinik for psykisk helse og rusbehandling (KPR)

Psykiatrisk fylkesavdeling tilbyr internundervisning i kommunene på forespørsel, og gir opplæring og hyppig veiledning ved pasientoverføringer og opprettelse av forsterkede tiltak i kommunene.

De gir veiledning til ansatte i kommunene, samtaler med pasienter og inngår faste avtaler etter behov.

De har også gitt tilbud som teoretisk/praktisk gjennomgang av voldsrisikovurdering og kriseplan for ansatte i boliger.

Aldersavsnittet bidrar med forelesninger og kurs om demens, depresjon, alderspsykiatri, yngre med demens og Huntington.

Avdeling for rusbehandling deltar på samarbeidsmøter med faglige problemstillinger. De erkjenner at tilbudet innen rus er for lite kjent, og helsepersonell i SiV og kommunene etterspør kompetanse fra rusfeltet i liten grad. Det er behov for å jobbe mer utadrettet og markedsføre tilbud og kompetanse bedre.

LAR har gitt opplæring og holdt informasjonsmøter for hjemmetjeneste/rusteam i utdeling av medikamenter, har hatt noe opplæring i skoler og gir veiledning per telefon.

BUPA gir veiledning, og deltar på kurs og møter med helsesøstre, skole og barnehager. Mye av kompetanseoverføringen er knyttet til enkeltpasienter. Pasientene er ulike, og opplæring og tjenestetilbud i kommunene må rustes på nytt hver enkelt gang. Det er lite kompetansetiltak for virksomheter med målgruppen barn mellom 12-18 år.

DPSene gir veiledning til personell i kommunene vedrørende enkelt brukere, ambulerende akutt team gir råd og bistår ved akutt behov på kveld/helg. De tilbyr også kurs til grupper på forespørsel.

De ser at det kunne vært nyttig med mer hospitering og ambulerende virksomhet ved pasientoverføring, og oppfølging i pasientens daglige omgivelser med helsepersonell tilstede. Dette vil kunne bidra til gjensidig kompetansedeling og bedre koordinering mellom tjenestenivåene.

LIAISON- Inntaksprosjekt med fastleger er et tilbud der Nordre Vestfold Distriktpsykiatriske senter inviterer leger til smågrupper for samkonsultasjoner av uhenviste pasienter. Der gis det undervisning og informasjonsutveksling om henvisning og prioriteringsveileder.

Glenne regionalt senter for autisme har en årlig konferanse for kommuneansatte HSØ, og har ellers en kurskatalog med ulike kurs og opplæringstilbud. De gir også opplæring relatert til enkeltpasienter, og kurs og foredrag på bestilling. Glenne deltar i prosjektarbeid der kompetansespredning og utvikling er målet.

Andre kurs- og konferansetiltak for deltakere i kommunene i regi av SiV er:

- Migrasjonskonferanse
- Kurs i Motiverende intervju årlig + inspirasjonsdager
- Konferanse – “Mer frivillighet og mindre tvang”
- Traumeterapi for kommunepsykologer
- Konferanser - forum for rus og psykiatri x2 pr år

Borgestad klinikken er et regionalt kompetansesenter for kommunene. SiV kjenner lite til hvilke kurs og opplæringstilbud de har, hvilket behov kommunene har utover dette og hva SiV da eventuelt bør prioritere. Her kan det være behov for samarbeid og koordinering.

Innen psykiatri og rus i SiV fremheves det behov for å styrke kompetanse og innsikt på disse områdene:

- Rammer i kommunalt lovverk.
- PLO-meldinger /samhandling, hvem man kan henvende seg til i kommunene.
- Tilgang og rettigheter på kommunale ytelser.
- Hvordan kommunene ønsker å samarbeide for å få mest mulig sømløse overganger i pasientbehandlingen, utveksling av erfaringer og hvilke tiltak som har vært nyttig.
- Oversikt over kommunenes kompetanse og tilbud på psykiatri og rusfeltet, hvilke tilbud som passer for hvem, søknadsprosess og hvordan pasienter kommer i kontakt med de ulike tilbudene.
- Styrke kompetansen i hvordan man jobber metodisk med atferdsproblemer, og programmer som ART og PMTO, og hvilke prinsipper og metoder kommunene benytter.

8.2.3. Klinik for fysikalsk medisin og rehabilitering (KFMR)

De arrangerer fagdager og seminarer for helsepersonell i Vestfold, der også spesialister fra andre klinikker i SiV bidrar med faglig innhold. KFMR har egne kurs for fastleger, som de kaller "12 minutter n", og foredrag for fastleger i Larvik. Det har også vært arrangert egne kurs for fysioterapeuter.

Andre arenaer for kompetansedeling er nettverksmøter vedrørende enkeltpasienter, ambulant team for slagpasienter som prøves ut i Larvik og SØK-prosjektet, "Sammen om økt kvalitet", et samarbeid om pasienter med muskel og skjelettplager i Larvik.

Lederne gir tilbakemelding om at de trenger mer innsikt i hverdagsrehabilitering, og hvilke muligheter de har i kommunene, og en styrket kompetansen innenfor geriatri.

KFMR har stor pågang fra leger som ønsker praksis år under sideutdanningen til spesialist i allmennmedisin.

8.2.4. Klinik for medisinsk diagnostikk

Fysio- og ergoterapiavdelingen ved SiV arrangerer fagdager 2 ganger i året for kommunale og privatpraktiserende fysio- og ergoterapeuter. I tillegg har faggrupper for barn og geriatri egne fagdager. Kommunene fremmer ønsker om temaer til disse fagdagene.

Ansatt i avdelingen holder kurs og opplæring på forespørsel teoretisk og praktisk, og gir veiledning vedrørende enkeltpasienter. Det er gjennomført opplæring ved innføring av elektronisk kommunikasjon til fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten.

Sentrallaboratoriet ved SiV har arrangert noe opplæring i blodprøvetaking og rutiner for blodprøvetaking i poliklinikken for grupper fra institusjoner og hjemmesykepleie, men det er generelt lite forespørsler om opplæring fra kommunene.

Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) driver kurs/veiledning for legekantor (leger og medarbeidere), sykehjem og legevakt. De har egen fagopplæring, egne prosedyrer og e-læringskurs. De har avtaler med de fleste legekantor, og noen av kommunene i Vestfold. Noklus er en ideell og landsdekkende organisasjon, men ikke en del av SiVs virksomhet.

Det er stor økning i prøvetakning i kommunale tjenester, men lav etterspørsel etter opplæring.

Prestetjenesten på SiV har bidratt på fagdager i kommunehelsetjenesten med temaer som den vanskelige-/nødvendige samtalen, eksistensiell/åndelig smerte og etikk. Følger opp noen pasienter der kontakten er opprettet under oppholdet på SiV.

8.2.5. Prehospital klinikk

Klinikken har ingen systematiske kurs for helsepersonell i kommunene, og får lite forespørsler om opplæring og undervisning.

AMK har gjennomført opplæring i bruka av INDEX (felles prosedyreverk for varsling via nødnett) og nytt nødnett for alle legevaktene.

Ambulansetjenesten har deltatt i prosjekt "Kameratredning" i Tønsberg i samarbeid med kommunen og Kirkens bymisjon, der det har blitt gjennomført 4 kurs med HLR-opplæring.

De ønsker et tettere teamsamarbeid med legevaktene og mer hospitering i og fra legevakt og andre samarbeidende instanser. Det har vært utvekslet noen hospitanter, men ifølge lederne i for liten grad.

AMK har et eget skjema over innhold for hospiteringsopphold.

8.2.6. Servicedivisjon

Behandlingshjelpemidler gir opplæring til brukere og ansatte i kommunene på forespørsel og ved behov for repetisjon, men det er behandlere som har ansvar for opplæring i bruk av utstyr ved rekvirering og utskrivelser fra SiV. Avdelingen ser at det er behov for mer utstyrsoppfølging og kompetanseheving til "utstyrstunge" pasienter. Det er ønskelig å kunne legge brukermanualer tilgjengelig på nett.

Per i dag mangler de system for registrering av feil bruk av utstyr som årsak til forverret helsetilstand og innleggelse. Et slikt system ville kunne avdekke opplæringsbehov hos brukere og helsepersonell.

8.2.7. Administrasjon

Kvalitetsavdelingen arrangerer kompetanseutviklingskurs der kommunene inviteres x 4 pr år med utgangspunkt i pasientsikkerhetskampanjens satsningsområder. Temaer som Tidlig identifisering av akutt og kritisk syke, sepsis, fall, underernæring, trykksår og infeksjoner. Studenter fra HSN har vært invitert til disse kursene. Avdelingen har også hatt kurstilbud for kommunene i risikostyring og pasientsikkerhet i klinisk praksis.

Smittevernnavdelingen utarbeider og bistår i implementeringen av internkontrollprogram med prosedyrer i smittevern og hygiene. De tilbyr opplæring og kurs på forespørsel, har deltatt med foredrag på kurs for sommervikarer i kommunene og på konferanse i regi av fylkesmannen. Smittevernnavdelingen leder nettverk og opplæring for smittevernkontakter i Vestfold.

Hygienesykepleiere, smittevernlege og tuberkulosekoordinator gir råd og veiledning på telefon til leger og annet helsepersonell i kommunene. Blir hyppig kontaktet ved utbrudd av infeksjoner ved institusjoner og boliger. De opplever at det er stor variasjon på hvor mye kontakt de har med den enkelte kommune, og hvorvidt tilbudet som ligger i tjenesten er godt nok kjent.

Barnekoordinatorer arrangerer åpen fagdag med tema om "Barn som pårørende" 1 gang per år. De har også arrangert en felles fagdag for SiV og Nøtterøy kommune i 2016.

Barnekoordinatorer mener helsepersonell trenger mer kompetanse og fokus på barn som pårørende uavhengig av om de foresatte er alvorlig eller langvarig somatisk eller psykisk syke. De mener også at det er behov for mer kompetanse i SiV på når og hva som skal meldes, og innholdet i meldingene.

8.3 HOSPITERING

Hospitering inngår i samarbeidsavtalen, delavtale g) punkt 4.2.: "Begge parter skal bidra til kompetanseheving og kunnskapsoverføring, for eksempel gjennom faglige nettverk, **hospiteringsordninger**, felles møteplasser, bruk av ambulerende team og praksiskonsulentordningen."

SiV og kommunene har i dag ikke noe system for gjensidig hospitering. Det er sporadisk hospitering ved SiV fra noen virksomheter i kommunene. Motivet for hospiteringen er forskjellig, noen etterspør prosedyrer og fagspesifikk opplæring og andre ønsker å bli bedre kjent med tjenestens innhold og organisering. Fra SiV og ut i kommunene er det ingen hospiteringsaktivitet, med unntak av fra Prehospital klinikk til legevakter. Det foregår ingen hospitering for leger.

Hospitering er basert på direktehenvendelser og avtaler om alt fra noen timer til flere dager. Innholdet for hospiteringen er ikke definert, med unntak av ved AMK.

Flere av seksjonene både innenfor somatikk og psykiatri ved SiV mener det vil være nyttig å hospitere i kommunene for å bli bedre kjent med tjenestene. Virksomhetene i kommunene ser også dette som et nyttig kompetansedelingstiltak. Flere nevner at det har økonomiske konsekvenser når den ansatte som hospiterer må erstattes med vikar, og at det kan være vanskelig å få til.

Det er liten interesse for hospitering blant fastleger. Et tilbud som er systematisk og gir opplæring og praksis i spesifikke prosedyrer/undersøkelser som er direkte anvendbart i praksis som fastlege, vil det være interessant for flere.

8.4 FAGNETTVERK

Det fremkommer 48 fagnettverk og -fora i kartleggingen. Noen nettverk der både kommuner og spesialisthelsetjenesten er med, og andre på tvers av kommunene i Vestfold. Lederne i kommunene oppgir at de har deltakere i mange nettverk, og at de opplever at det er for mange ressurspersoner til at man ser nytten av det i praksis. Det etableres mange nettverksgrupper der det er forventet at alle skal sende representanter, noe som blir for mye. Prioriteringer gjør da at noen kommuner er med og andre ikke.

Noen nettverk fungerer veldig godt for eksempel innenfor kreft og lindring, der det er engasjerte fagpersoner

som samler og driver det. De har et tett samarbeid med aktørene mellom sykehus og andre kommuner. Andre nettverk bærer preg av dårlig kontinuitet, og har lav nytteverdi for å spre informasjon og kompetanse tilbake til de enkelte virksomheter i kommunene og seksjonene i SiV.

Det arrangeres fagdager i regi av nettverkene, og mange av disse får gode tilbakemeldinger.

Flere av kommunene beskriver at de har dårlig oversikt over hvilke nettverk de er med i, og hvem i kommunen som deltar. De som sitter i nettverkene brukes derfor lite på tvers av virksomhetene i egen kommune.

Lederne mener også at de selv forventer for lite av de som deltar i nettverkene. Mandatene til de ulike nettverkene er ikke kjent for ledere.

Sentrale faktorer for godt fungerende nettverk er:

- Forankring i ledelse og samarbeidsorganer
- Klare forventninger til deltakerne om kompetanse- og informasjonsspredning
- Kontinuitet i deltakelsen
- Nettverk der alle kommuner og evt sykehus er representert.
- Det bør være kjent internt i kommunen og på SiV hvem som deltar i hvilke nettverk

Oversikt over nettverk som er beskrevet i kartleggingen:

Nettverk Kommuner og SiV	Nettverk for kommunene
Kreftomsorg og lindring	Fagnettverk for Huntington
Demensnettverk	Laboratorietjenester
Forum for diabetessykepleiere	Faggruppe geriatri
Rehabiliteringsnettverk	Læringsnettverk forebygging og behandling av underernæring
Smittevernkontakter	Fagnettverk psykisk helse og rus
Forum for samhandlingssykepleiere SiV og tjenestekontorer i Vestfold	Nettverk – enslige mindreårige
Samhandlingsnettverket	RBUP for kommunepsykologer
Nettverk for forløpskoordinatorer	Forum for livsstyrketrening
Forum for psykisk helse og politi	Allmennlegeforum
Forum for rus og psykisk helse i Vestfold	Boligveiledernettverk
ROP-nettverk	Nettverk for instruktører i motiverende intervju
Nettverk for spiseforstyrrelser	Ledende helsesøster
Migrasjonsnettverk	Helsesøsternettverk i Vestfold
Nettverk for ADHD	Kommunepsykologsamlinger
Nettverk for sykehjemsleger	Folkehelsenettverk
Fagnettverk for funksjonshemmede, Kap.9	Legevaktsforum
Fyso- og ergoforum (Solvang)	GERIKA-nettverk
Fysio- og ergoforum for barn	Velferdsteknologinettverk
KAD-nettverk	Regionalt K1 (koordinerende enhet)
LMS – Vestfold (Larvik og Sandefjord)	Erfaringskonsulenter

8.5 KOMPETANSESAMARBEID

Kompetansedelingen i dag bærer preg av lite samhandling og koordinering. Invitasjon til kurs og fagdager fra SiV og USHT-V når ikke frem til relevante grupper i den enkelte kommune. Deltakelsen bærer preg av at noen kommuner er bedre representert enn andre. Kommunene ønsker en bedre oversikt og koordinering av kurs i regi av SiV og USHT, og at kurs for ansatte på SiV i større grad er åpne for deltakelse fra kommunene. Det er lettere å oppnå en høyere deltakelse hvis undervisning også kan arrangeres ute i kommunene. Opplæring og veiledning relatert til den enkelte pasient beskrives som god og tilgjengelig.

Lederne i SiV beskriver at de har lite oversikt over hva kommunene har behov for av kompetansetiltak. De har også liten oversikt over hvordan den enkelte kommune er organisert, og hvem man kan kontakte. På samme måte som mange i kommunene ikke vet hva de kan be om, og hvem de kan kontakte i SiV for opplæring og undervisning. Nettsidene til SiV og USHT-V benyttes i liten grad av helsepersonell i kommunene, og det er ønskelig med en felles nettportal for kompetanse- og informasjonsdeling.

Det er ikke noe samarbeid på tvers av kommuner på de samme virksomhetsområdene i utarbeidelse og gjennomføring av kompetanse og opplæringstiltak og dets innhold, med unntak av legevaktene som jobber med å få til en standardisering i Vestfold. Hver virksomhet og avdelinger i kommunene lager eget opplæringsprogram og tiltak med ulik form og innhold, og det krever ressurser i utarbeide og gjennomføre undervisning i mange av de samme teamene på alle tjenestoområder.

De fleste kommunene har lite samarbeid om kompetansetiltak på tvers av virksomheter i egen kommune. Det er noe mere samarbeid rundt dette i de mindre kommunene. De fleste kommuner beskriver at de mangler oversikt over faglige ressurspersoner i andre virksomheter i egen kommune, kompetansen brukes lite på tvers og man bruker de man kjenner. Fagressurser fra psykisk helse derimot benyttes i noen konkrete saker i de andre virksomhetene.

Det er lite tiltak og fokus på å dele kompetansen som kommunene har til helsepersonell i SiV, der temaer som helhetlig tilnærming, funksjonsvurdering og demens er områder som ville kunne være aktuelle, i tillegg til kjennskap til tjenestene.

8.6 STUDIEBESØK

På bakgrunn av at Sørlandet og Østfold har hatt prosjekter om kompetansedeling mellom kommuner og sykehus, og har gjort tilsvarende kartlegginger som gjennomføres i Vestfold, ble det i løpet av kartleggingsarbeidet arrangert studiebesøk. Fra Vestfold deltok representanter fra Samhandlingsenheten i SiV, Nøtterøy kommune og USHT-V på disse besøkene.

I tillegg er det opprettet kontakt med Prosjektleder for nettportalen, ”Kompetansebroen”, for Akershus universitetssykehus og tilhørende kommuner, bydeler og utdanningsinstitusjoner, som ble lansert i januar 2017.

Kompetansedeling i Østfold

Et viktig kompetansedelingstiltak som de har satt i system i Østfold er en felles sertifisering og opplæring av instruktører i sykehuset, kommuner, USHT og høgskole. De har fått opplæring og ferdighetstrening i HLR og ABCDE, MEWS og ISBAR. Prosjektet har også finansiert anskaffelse av utstyr for ferdighetstrening på 5 lokaliteter for kommunene i Østfold. Dette er drevet frem i et prosjekt som går over i drift nå i 2017. Dette sikrer en standardisert, kvalitetssikret og kunnskapsbasert opplæring.

Det arrangeres temakurs og akuttmedisinsk kurs for leger i samarbeid med Den norske legeforening, og årlige samlinger for fastleger og helsesekretærer fra sykehuset og fastlegekontorer der også samhandling er tema.

De har i Østfold opprettet et eget samhandlingsutvalg for fastleger (SUFF). Det er et rådgivende utvalg i saker som påvirker fastleger, pasienter og sykehuset. Erfaringen er at når dette utvalget har kommet med råd, er det gode grunner for at dette også følges av andre fastleger. De benytter egen nettportal for fastleger som kommunikasjonsplattform, der det blant annet ligger mal til henvisninger med gode beskrivelser.

Sykehuset deltar i flere fora for samhandling med høgskole, fagskole og videregående skoler som samarbeidsprosjekter for forbedring av praksisstudiet, Advisory Board for informasjonsutveksling og utvikling av studier og fagråd for de ulike studieretningene der innhold og utvikling av utdanningene er tema.

Kompetansedeling på Sørlandet (Agder)

Prosjekt «Gjensidig kompetanseutveksling mellom SSHF og kommunehelsetjenesten på Agder» (2013) ble forløperen til flere tiltak der det blant annet ble etablert et fagutvalg for kompetansedeling på tvers av sykehus, kommunehelsetjenesten og høgskole. Fagutvalget ledes av en representant fra en av kommunene og

sykehuset har en sekretariatfunksjon. Fagvalget har en viktige koordinerende og utøvende rolle for kompetansedelingen på Sørlandet.

De har utviklet et system for hospitering ut i kommuner og inn i sykehuset, der målet er økt forståelse av samhandlingen mellom kommuner og sykehuset. For hospiteringen er det beskrevet innhold og lengde, det gjennomføres evaluering og hospitering gjennomføres på faste tider av året, en uke på høsten og en uke på våren. De har et koordinerende ledd for behandling av hospiteringssøknader og – aktiviteter begge veier.

Sykehus, kommuner og høyskole arrangerer felles fag- og prosedyredager, og har tilgjengeliggjort e-læringskurs på tvers av portalene KS-læring og Læringsportalen. Felles informasjon, kurskalender med påmelding og e-læringskurs legges ut på sykehuset hjemmeside på egen side for kompetansedeling. Behovene fra kommunene og sykehusene meldes inn og koordineres, og kurs meldes inn for publisering. Kompetansedelingstiltak synliggjøres på sosiale medier, noe som gjør veien ut til den enkelte helsearbeider kortere.

De har utviklet undervisningspakker i TILT (tidlig identifisering av livstruende tilstander) – basiskompetanseprogram på e-læring. Og de har etablert læringsnettverk der 29 av 30 kommuner og sykehuset er med, der det er etablert arbeidsgrupper som jobber med PLO-meldinger og reinnleggelser.

Kompetansebroen - bidrag for å styrke kompetansen og forbedre samhandlingen i sykehusområdet til Ahus
Akershus universitetssykehus med tilhørende kommuner og høyskole etablert et fagforum for utdanning og kompetanse høsten 2014. Det har hatt som formål å videreutvikle samhandling gjennom å fremme tiltak som bedrer helsetjenestene og levendegjør avtaleverket tilknyttet delavtale 7 – *“Samarbeid om utdanning og kompetanse”*.

En av utfordringene innenfor utdannings- og kompetansesamarbeidet hadde vært å gjøre kompetansetiltak kjent for ledere og medarbeidere på tvers av kommunene, bydelene, sykehuset og utdanningsinstitusjonene. Det var vanskelig å få oversikt over tiltak som med fordel kunne tilbys deltakere på tvers av institusjoner og tjenestenivå. Fagforumet har utarbeidet en strategi for samarbeid om kompetanseutvikling mellom kommunene, Ahus og utdanningsinstitusjonene. De har gjennom et prosjekt i 2016 utviklet en nettportal med struktur og systematikk for gjensidig informasjons- og kompetansedeling. Portalen ble lansert 9. januar 2017. (<http://www.kompetansebroen.no/>)

8.7 SAMARBEID MED UTDANNINGSINSTITUSJONER

Det foregår noe prosjektsamarbeid mellom Høgskolen i Sørøst-Norge og enkeltkommuner og virksomheter. Noen ledere nevner at de i større grad ønsker at samarbeid om prosjekter og forskning med utdanningsinstitusjonene, er basert på hva tjenestene har nytte av. Noen kommuner og seksjoner på SiV er medarrangører av årlig arbeidslivsdag på Høgskolen i Sørøst-Norge. Det meste av samarbeidet er ellers basert på praksisplasser og -studier. Det er få arenaer for samhandling der representanter fra utdanningene også deltar. De er positive til å utvide kompetansesamarbeidet med kommunene og SiV.

9.0 FERDIGHETSTRENING OG SIMULERING

Simulering og ferdighetstrening er en læringsform som har utviklet seg de siste årene, og det er etablert opplæringstilbud og arenaer for dette flere steder i Vestfold. Det eksisterer simuleringssenter på SiV, og ferdighetssentre ved Høgskolen i Sørøst-Norge campus Vestfold og i Sandefjord kommune. Flere andre kommuner har også etablert egne ferdighetsrom. Per i dag er det etablert ferdighetsrom i Horten, Holmestrand, Re, Tjøme, Nøtterøy og Hof (er under etablering). Mange av disse rommene er så langt lite i bruk.

Kommunene velger ulike kurstilbud og arrangører for ferdighetstrening på ulike prosedyrer, HLR og trening på ABCDE, MEWS og ISBAR. Det er ikke etablert noe nettverk eller koordinering av disse tiltakene i Vestfold, instruktørene har ulike bakgrunn, og sertifisering og opplæring gjennomføres ikke etter lik standard. På dette området er det behov for å systematisere instruktør-opplæringen og undervisning, og bli enig om hvilken rolle

kommuner med sine ferdighetsrom og opplæringsssentrene skal ha for til sammen å kunne gi et godt opplæringsstilbud som gagnar helsepersonell i alle kommuner og sykehus.

10.0 UTVIKLINGSSENTERETS ROLLE OG AKTIVITETER

Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT-V) skal være pådriveren for kunnskapsbasert praksis, tilby ulike metoder og verktøy for å utvikle et lærende miljø, og være en ressurs i utviklings- og implementeringsarbeid for kommunene. USHT-V omfatter tjenesteområdene sykehjem, bokollektiv for demente, hjemmetjenester, boliger for funksjonshemmede, rehabilitering og rus/psykisk helsetjeneste.

De har en viktig rolle i erfaringsutveksling og kompetansedelingen på tvers av kommuner, og samarbeid med utdanningsinstitusjoner og SiV.

USHT-V arbeider kontinuerlig for å inkludere alle kommunene i fylket, og for å få frem gode erfaringer fra andre kommuner. Dette gjennom bredt nettverksarbeid, fag- og samarbeidsråd, samarbeid med utdanningsinstitusjoner, helseforetak og Fylkesmannen. Gjennom systematisk nettverksarbeid når USHT mange medarbeidere i kommunene i Vestfold og det systematiske samarbeidet med de øvrige kommunene i fylket skjer i første omgang gjennom de etablerte fagnettverkene som er forankret i Lederforum helse i Vestfold.

USHT-V vektlegger nettverksarbeid, brobygging mellom fagmiljøer og interkommunale tiltak i alle sine satsingsområder. I dette arbeidet vektlegger Vestfold særlig innføring av ny kunnskap fra forskning, og implementering av nasjonale retningslinjer og prosedyrer.

USHT-V ønsker å få bred erfaring i interkommunalt samarbeid og implementeringsmetoder, og er pådriver for at medarbeidere utvikler kunnskapshåndteringskompetanse. Utviklingssenteret mener det styrker deres beslutningsgrunnlag, og herav bidrar til bedre kvalitet på helsetjenesten som ytes. Videre vektlegges gjennomføring av fagseminarer, erfaringskonferanser og kompetanseprogrammer med høy faglig relevans til lavest mulig kostnad for samtlige kommuner.

I 2016 har USHT blant annet drevet flere interkommunale fagnettverk som Fagnettverk rehabilitering og Fagnettverk demens, de har jobbet med prosjekter innen fag og tjenesteutvikling som arbeid med e-læringsprogram om ernæring, utvikling av veiledende planer og tjenesteutvikling til barn og unge med omsorgsbehov. Innen kompetanseutvikling har de blant annet jobbet innenfor områdene i pasientsikkerhetsprogrammet, kjørt kursrekke innen demensomsorgens ABC og hatt kursrekke for sykehjemsleger. Når det kommer til forskning har de vært delaktig i forskning rundt dyrebar omsorg og delirium blant hjemmeboende eldre.

Tilbakemeldinger i kartleggingsmøter er at USHT-Vs tilbud og rolle er lite kjent i kommunene, og at invitasjoner til kurs og nettverk ofte ikke når frem. Samarbeidet har til nå hatt for liten spredning til alle kommunene, og det er for mye av aktivitetene som skjer i Sandefjord. Det er ønskelig at kursaktiviteter i større grad arrangeres ute i kommunene. Kommunene på sin side mener selv at de har vært for lite engasjert i å påvirke fokus og samarbeidet med USHT-V.

11.0 TILSKUDD TIL INNOVASJONS- OG KOMPETANSEHEVINGSPROSJEKTER

Fylkesmannen tildeler årlig midler til innovasjons- og kompetansehevingsprosjekter i kommuner i Vestfold, og mye av midlene er tildelt til prosjekter og tiltak i regi av USHT-V de siste 3 årene. Flere av kommunene beskriver at de er avhengig av prosjektmidler for å prioritere større satsning på fagutvikling, og finansiering av lønn til helsepersonell som tas ut av den daglige driften. Det varierer hvorvidt den enkelte kommune er aktiv, og om ledere ute i virksomhetene engasjerer seg eller kjenner til mulighetene for søke om ekstra midler.

Oversikt fra Fylkesmannen over tilskudd til innovasjons- og kompetansehevingsprosjekter i kommuner i Vestfold 2014/2015/2016:

Søkere	Navn på prosjektet			2014	2015	2016
Holmestrand (+ Hof)	Tjenesteinnovasjon i PLO-tjenesten					500000
	Velferdstekno.nettverk					50 000
	Nasjonalt velferdstekoprogram Spider					2000000
Lardal	"Innbygger og helsepersonell"					550000
Larvik	Torgdag velferdsteknologi					200000
	Planlegging av responscenter/Helsevakt					800000
	Nasjonalt velferdsteknoprogram GPS/Trygghetsspakker					700000
Nøtterøy	Velferdstekno/Innovatoriet - studie				132400	
Sandefjord	Sommerjobbprosjekt			250000		
Stokke	Tavlemøter IKOS					230000
	Personsentrert omsorg					120 000
USHT	Frivillighet satt i system					1 320 000
	Legemiddelhåndtering			105900	106 000	
	Ferdighetssenter				300 000	
	Sykehjemslegeopplæring/forum				0	50 000
	Tavlemøter			100000		
	Styrke demenskomp. i hjemmetjenestene			200000		
	Ernæring og matglede				0	100 000
	Demens og ABC			211800	212000	250 000
	Etisk komp.heving				55500	
	Frie midler				50000	
	Fagnettverk			50000	75000	200 000
	h) Annet /velferdstekno					70000
KiV/ Larvik	Samhandlingsforløp				945000	0
VFK	NM helsefag				0	25 000
13 kommuner	Forprosjekt Demenslandsby					290 000
KS	Menn i helse			800000	0	300 000

I tillegg til tilskuddene som fremgår av tabellen, har Fylkesmannen forvaltet tilskudd til velferdsteknologiprogrammet til Larvik og Horten, BPA, hverdagsrehabilitering, videreutdanning rus/psykisk helse, samt Kompetanseløftet 2015/2020. Tilskudd fra Kompetanseløftet har blitt gitt til kommunene etter innrapporterte planer for konkrete utdanninger/videreutdanninger, med prioritet for helsefagarbeidere.

12.0 ANBEFALINGER

Kompetansedelingen på tvers av kommuner og SiV er lite systematisk og koordinert i dag. For å kunne planlegge, iverksette og utvikle tiltak for gjensidig kompetansedeling som dekker behovene og stimulerer til bedre samhandling, forutsetter det en organisering som er tilrettelagt for dette.

Fagutvalg

Det foreslås at det opprettes et fagutvalg med representanter fra kommuner, USHT-V, SiV og

utdanningssektoren. Fagutvalgets rolle vil kunne være å koordinere, samordne og være pådriver for kompetansedeling på tvers i Vestfold, og bidra til at tiltak blir evaluert.

Nettportal

For å dekke behovet for informasjon og kommunikasjon bør det opprettes en felles nettside/-portal for kompetanse- og informasjonsdeling for kommuner, SiV og utdanningsinstitusjoner. Nettportalen kan inneholde invitasjoner og påmelding til kurs, hospitering, nyheter i rutiner og prosedyrer, e-læring m.m.

Basert på erfaringer de har på Sørlandet og i Akershus, så vil disse organisatoriske tiltakene kunne gjøre det mulig å utvikle flere ønskede tiltak for kompetansedeling.

Andre tiltak:

- Utvikling av **kompetansepakker** og undervisningsmateriell for like virksomhetsområder i kommunene
- **Fagdager/temadager** - Felles for kommuner, SiV og studenter
- **Ferdighetstrening og simulering** – systematisering av tilbud, standardisering undervisningsform og innhold, koordinert sertifisering av instruktører. Opprettelse av nettverk for denne aktiviteten.
- Utvikle og iverksette system for gjensidig **hospitering** der mål, innhold og periode er definert, og som koordineres på tvers av nivåene.
- Evaluering av **fagnettverk**
- **E-læring** – gjøre kurs lettere tilgjengelig og implementert i kompetansepakker. Standardisering av form og innhold i e-læringskurs som kan være felles for spesialisthelsetjenesten og kommunene.
- Skape felles forståelsen og tolkning av **samarbeidsrutiner og –avtaler** – arranger workshops.
- Arrangere **oppdateringskurs for kommunejordmødre**.
- **Kurs for fysioterapeuter og helsesøstre** i rus, vold i nære relasjoner og fysioterapi til barn/ung med psykiske og fysiske lidelser.
- **Fastleger og sykehjemsleger** – tematiske kurs i regi av SiV og systematisk hospitering med definert innhold og utbytte.
- **Leger** – opplæring i epikrise- og henvisningens innhold og medikamentlister. Egne kurs for fastleger og for sykehjemsleger.
- Bruk av **teknologi** – nettbaset veiledning og opplæring, og konferanser.

Disse tiltakene er basert på forslag og behov som har fremkommet i kartleggingsmøter på SiV og i kommunene.

13.0 ERFARINGER

Kartleggingen har fremskaffet en god oversikt over hvilke kompetansetiltak som drives internt og på tvers i Vestfold, og hva det er behov for å sette i et bedre system.

Det har vært krevende og gjennomføre alle møtene, men vi har blitt mottatt utelukkende positivt og det har vært stor engasjement. Møtene har gitt en helt klar merverdi i form av utfyllende informasjon, dialog og drøfting av kompetansesamarbeid, og behovene i den enkelte virksomhet. Ledere har gjennom diskusjonene kommet med mange konstruktive innspill på samarbeidende tiltak, og tiltak som de ønsker å jobbe videre med i egen enhet eller kommune. De ga uttrykk for at de gjennom kartleggingen fikk en bedre oversikt, og at de ble motivert til å starte nye tiltak og fortsette videre arbeid.

Kartleggingsskjema for kommunene virket for noen omfattende, og kunne vært kortet ytterligere ned med færre spørsmål når en ser i ettertid hva som var mest nyttig å få svar på. Noen kommuner har valgt å besvare skjema samlet for alle enhetene i den enkelte virksomhet og andre hver for seg. Dette har vært opp til den enkelte kommune å løse etter beste evne. Skjema til ledere i SiV omfattet færre spørsmål, og var enklere og besvare. Tilbakemelding på kartleggingsskjemaene har blitt fulgt opp fra alle enheter i SiV og kommuner, og har gitt et komplett datagrunnlag.

Det å gjøre denne kartleggingen som et samarbeidsprosjekt med deltakelse fra SiV og USHT-V har vært viktig både i møte med ledere i virksomhetene, og det har dannet et felles utgangspunkt for samarbeid om videre tiltak.

Studiebesøkene har vært meget nyttig for å få ideer fra andre fylker på hvordan kompetansedeling kan løses.

Vedlegg

Vedlegg 1: Datainnsamling kompetansedeling og samarbeid (se eget dokument)

Vedlegg 2: Informasjonsnotat til kommunalsjefer i Lederforum Helse

Notat

Til: Hilde Kari Maugesten og Siri Jensen

Kopi til: Per Grunde Weydahl og Irene Jørgensen

Fra: Anita Elmer, prosjektleder ved SiV

Dato: 10.08.2016

Kompetansekartlegging og -utvikling i samhandlingen mellom SiV og kommunehelsetjenesten i Vestfold

For å kunne implementere og optimalisere pasientforløp fra hjem til hjem kreves økt samhandlingskompetanse. Dette innebærer økt kunnskap i koordinering av tjenestetilbudet, kommunikasjon og tilrettelegging for gode og effektive forløp. Det faglige kunnskapsbehovet har også økt, herunder kompetanse i vurdering og diagnostikk, samt kjennskap til prosedyrer.

Gjennom samarbeidsavtalen delavtale g) skal begge parter bidra til kompetanseheving og kunnskapsoverføring der formålet er å sikre at pasientene til enhver tid får faglig forsvarlige helsetjenester av god kvalitet, god koordinering og gode pasientforløp.

I arbeidet med det generelle samhandlingsforløpet er et av effektmålene at helsepersonell har relevant observasjons- og handlingskompetanse, samt dokumentasjonskompetanse. Resultatmål er blant annet at opplæring i kjernekompetanseområder er gjennomført, og at E-læringsverktøy er utviklet og tatt i bruk.

Som nevnt i sak 17 i OSU 23.05. – Felles strategisk dokument, skal samhandlingsforløpet inneholde mer enn oppgavefordeling og rolleavklaring. Kompetanse til å gjennomføre og dokumenter er avgjørende. Hva som skal defineres, implementeres og systematiseres av nye og allerede eksisterende kompetansetiltak er ikke klart definert.

Det foregår mye på kompetanseområdet i regi av Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester, den enkelte kommune og i SiV. Men partene har i liten grad i samarbeid systematisert og vedtatt hvilke tiltak, for hvilke grupper og i hvilken form som er nødvendig for at forløpene skal kunne ivaretas på en forsvarlig og god måte. Inntrykket er at hvilke kompetansetiltak som prioriteres og gjennomføres systematisk varierer i stor grad fra kommune til kommune. Deltakelse og engasjement i aktiviteter og prosjekter i regi av utviklingssenteret varierer, og kompetanseoverføringstiltak i regi av SiV er lite systematisk og med varierende deltagelse fra kommunene. Hospitering bilateralt skjer i liten grad i dag.

SiV har valgt å prioritere en prosjektlederstilling med et særlig fokus på kompetanseoverføring på samhandlingsområdet mellom Sykehuset og kommunehelsetjenesten i Vestfold. Jeg, Anita Elmer, startet i denne stillingen formelt 1. juli.

Og er opptatt av å skaffe meg innsikt og orientering av om hva som foregår på området i dag, og av behovet for videre utvikling og systematisering. Dette må sees i lys av samarbeidsavtaler og øvrige prosesser i det generelle samhandlingsforløpet i samarbeid med representanter fra kommunehelsetjenesten i Vestfold.

Jeg viser til dialog rundt dette før sommeren, der vi ble enig om at jeg først tar initiativ til et møte med leder av utviklingssenteret, Ellinor Bakke Aasen, og Renate Solstad fra Nøtterøy kommune. Dette møtet ble avholdt her på SiV 09.08., der målet var å diskutere hvordan kommunene og SiV kan få en bedre oversikt over kompetansen som finnes, tiltak som drives i dag og hva det vil være viktig å fokusere på videre.

Vi hadde en felles oppfatning av at det vil være viktig å fremskaffe en bedre oversikt over partenes arbeid innen feltet kompetanse, og kartlegge dagens praksis og tiltak for kunnskapsoverføring, faglig nettverk og hospitering.

Videre målsetning vil kunne være at tiltak og modell for kompetanseutvikling og overføring defineres og implementeres i relasjon til samhandlingsforløpet med vekt på gjensidighet mellom SiV og kommunene i Vestfold. Her vil samhandlingskompetanse og dokumentasjon, og faglig- og prosedyremessig kompetanse naturlig inngå. Systematisering av innhold, form og målgruppe for de ulike tiltakene bør også defineres.

Det er behov for at kartleggingen som grunnlag for å definere klarer behov for kompetanse forankres i lederforum (KIV), og får en formell tilslutning i AU og SU i løpet av høsten-16.

Leder ved Utviklingssenteret er positiv til å inngå i dette arbeidet fra kommunenes side, og ha ansvaret for gjennomføringen i samarbeid med prosjektleder på SiV.

Kartleggingen er tenkt å ha fokus på pasienter over 18 år og planlegges gjennomført for alle grupper helsepersonell innenfor somatikk og psykiatri; sykepleiere, helsefagarbeidere, fysio-/ergoterapeuter, psykologer og leger (fastleger, sykehjemsleger og sykehusleger) m.fl. I kartleggingen vil det også være naturlig å innhente informasjon fra tilsvarende område fra andre fylker og HF, her vises det særlig til prosjekt og kartlegging som er gjort mellom Sørlandet sykehus og kommunehelsetjenesten i Agder. En viktig forutsetning for gjennomføring av kartleggingen vil være at det utnevnes kontaktpersoner og pådrivere i hver enkelt kommune. Kontaktperson i sykehjemslegeforum og blant PKO (fastleger) blir viktige i arbeidet innenfor legers kompetanse, med særlig fokus på samhandlingskompetanse.

Aktuelle tiltak bør fastsettes nærmere etter kartleggingsfasen.

Relevante tiltak som allerede har vært diskutert er:

- Felles kurs og opplæring i samhandlingsprosedyrer, skjemaer og dokumentasjon
- Kurspakke med fagspesifikke kurs og prosedyre opplæring/trening tilpasset ulike yrkesgrupper. (brukerfokus – «Hva er viktig for meg»)
- Videreutvikling og deling av E-læringskurs
- Iverksette bruk av felles skjemaer/sjekklistor
- Hospitering – systematisk med definert innhold og lengde tilpasset ulike målgrupper
- Kombinasjonsstillinger – brobyggere for samhandling, direkte kompetanseoverføring i daglig praksis (helsepersonell i direkte pasientarbeid) Bør det opprettes noen slike stillinger i KAD-enhetene?
- Videreutvikle traineeordning for nyutdannede sykepleiere i SiV til også å omfatte kommunehelsetjenesten.
- Fagnettverkernes rolle i kompetanseutvikling og – overføring
- Årshjul for aktiviteter, og kurskalender der alle kurs som SiV tilbyr for ansatte i kommunene inngår.

- Samarbeid med utdanningsinstitusjonene - Hvordan kan tiltakene gjenspeiles i de helsefaglige utdanningene?

Anbefalinger fra dette prosjektet behandles i SU og OSU, og forankres i KIV før informasjon til øvrige ledere og implementering av tiltak starter.

Kartlegging og operasjonalisering av tiltak vil strekke seg utover i 2017.

Behovet for dette arbeidet understøttes av evalueringer av samhandlingsreformen på nasjonalt nivå, forskning av Pia Bing-Jonsson og funn i riksrevisjonens revisjon.

Det avventes tilbakemelding fra AU og SU for videre utarbeidelse av plan og aktivitet for kartleggingsarbeidet i SiV og kommunene.

Notat

Til: Klinikksjefer ved SiV

Fra: Anita Elmer, prosjektleder ved SiV

Dato: 07.09.2016

Kompetansekartlegging og -utvikling i samhandlingen mellom SiV og kommunehelsetjenesten i Vestfold

Bakgrunn

For å kunne implementere og optimalisere pasientforløp fra hjem til hjem kreves økt samhandlingskompetanse. Dette innebærer økt kunnskap i koordinering av tjenestetilbudet, kommunikasjon, og tilrettelegging for gode og effektive forløp. Det faglige kunnskapsbehovet har også økt, herunder kompetanse i vurdering og diagnostikk, samt kjennskap til prosedyrer.

Gjennom samarbeidsavtalen delavtale g) skal begge parter bidra til kompetanseheving og kunnskapsoverføring der formålet er å sikre at pasientene til enhver tid får faglig forsvarlige helsetjenester av god kvalitet, god koordinering og gode pasientforløp.

Det foregår mye på kompetanseområdet i regi av den enkelte kommune og SiV, og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold. Men partene har i liten grad samarbeidet systematisk om hvilke kompetansetiltak som skal gjennomføres for hvilke helsepersonellgrupper og i hvilken form, for at forløpene skal kunne ivaretas på en forsvarlig og god måte. Inntrykket er at hvilke kompetansetiltak som prioriteres og gjennomføres systematisk varierer i stor grad fra kommune til kommune i Vestfold. Deltakelse og engasjement i aktiviteter og prosjekter i regi av utviklingssenteret varierer, og kompetanseoverføringstiltak i regi av SiV er lite systematisk og med varierende deltakelse fra kommunene. Hospitering bilateralt skjer i liten grad i dag. Sykehuset har ingen overordnet oversikt eller helhetlig plan for hvilke kompetansetiltak vi skal tilby til helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Om opplæring i samhandlingsrutiner og – prosedyrer er en del av introduksjonsprogrammet for helsepersonell i SiV og kommunene er heller ikke kjent.

For å avdekke behovet for videreutvikling og systematisering av kompetanseoverføringstiltak, er det behov for en kartlegging av hva som foregår på dette området i dag både i SiV og i kommunene.

Behovet for dette arbeidet understøttes av evalueringer av samhandlingsreformen på nasjonalt nivå, forskning av Pia Bing-Jonsson som har forsket på kompetanse i sykehjem og hjemmetjeneste i norske kommuner (2015), og funn i riksrevisjonens rapport (2015). Tiltaksområdene i pasientsikkerhetskampanjen og Kompetanseløftet 2020 – tildeling av kompetansemidler, vil det også være relevant og relatere til funnene i kartleggingen.

Kommunalsjefene har gitt sin tilslutning (i KIV-lederforum) til at det gjøres et arbeid med å fremskaffe en oversikt over kommunenes arbeid innen feltet kompetanse, og kartlegge dagens praksis og tiltak som gjennomføres regelmessig og systematisk, deltakelse i faglig nettverk og hospitering. Denne kartlegging vil bli gjennomført i samarbeid med leder av Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester.

Det er et behov for at det gjøres en tilsvarende kartlegging i SiV.

Målet med kartleggingen

Kartleggingen vil gi en oversikt over de aktivitetene SiV tilbyr til helsepersonell i kommunene, men vil også kunne avdekke hvorvidt SiV på en systematisk og god måte oppfyller veilednings- og opplæringsplikten helseforetaket har overfor kommunene og forpliktelser i samarbeidsavtalen – delavtale g).

Gjennom å få en bedre oversikt, vil SiV på en systematisk måte kunne planlegge og gjennomføre kompetansetiltak som gjør SiV og kommunene bedre i stand til å gi pasientene gode og effektive pasientforløp. Tiltak og modell for kompetanseutvikling og – overføring implementeres med vekt på gjensidighet mellom SiV og kommunene i Vestfold.

Her vil samhandlingskompetanse og dokumentasjon, og faglig- og prosedyremessig kompetanse naturlig inngå. Kompetanse som finnes i kommunehelsetjenesten som helsepersonell i SiV vil ha behov for å styrke, vil kunne komme inn som en naturlig del av dette.

Systematisering av innhold, form og målgruppe for de ulike tiltakene bør også defineres.

Kartleggingsmetode

Det vil være nødvendig å innhente informasjon fra ledere på seksjons- og avdelingsnivå i klinikkene, og fra stabsavdelinger. Kartleggingen vil gjennomføres i korte møter med grupper av ledere, og her kan allerede eksisterende møtearenaer med fordel benyttes. Lederne vil få tilsendt kartleggingsspørsmålene på forhånd. Kartleggingen er tenkt gjennomført i alle klinikker, men i Servicedivisjonen vil det kun være seksjon for Behandlingshjelpemidler som er aktuell. Hvilke arenaer som vil være aktuelle i den enkelte klinikk avtales med klinikkssjef.

Kompetansetiltak som er gjenstand for kartleggingen ved SiV vil være:

- Hvilke kurs og opplæringstiltak som tilbys helsepersonell i kommunene, til hvilke målgrupper og i hvilken form.
- Hvilke faglig nettverk og arenaer er SiV representert i sammen med helsepersonell fra en eller flere kommuner.
- Har seksjonene mottatt hospitanter fra kommunehelsetjenesten eller hospitert i kommunehelsetjenesten siste år. Evt. hvor mange.
- Om seksjonene har implementert samhandlingsprosedyrer og rutiner som en del av introduksjonsprogrammet for nyansatte.

I kartleggingen vil det også være naturlig å innhente informasjon fra tilsvarende område fra andre fylker og HF, her vises det særlig til prosjekt og kartlegging som er gjort mellom Sørlandet sykehus og kommunehelsetjenesten i Agder og “Kompetansesamarbeidet – deling og heving” mellom kommunene i Østfold og Sykehuset i Østfold.

Tidspunkt for kartlegging

Kartleggingen i SiV er tenkt gjennomført oktober-desember -16, parallelt med oppstart av kartleggingsarbeidet i kommunehelsetjenesten som nok vil strekke seg frem til februar-17.

Kartlegging av kompetansetiltak for helsepersonell i kommunehelsetjenesten

Spørsmålene sendes ut i forkant av fokusgruppemøte for utfylling. Det oppfordres til at spørsmålene diskuteres i lokale ledergrupper og at skjemaene tas med i møtet. **Skjemaet fylles ut elektronisk, og sendes sammen med kompetanseplan for seksjonen/avdelingen på e-post til: anita.elmer@siv.no.**

Kommune:

Virksomhet:

Enhet/avdeling:

1. Hvilke kompetansetiltak gjennomføres for **nyansatte** ved enheten? (eks. Hygiene, HLR, medikamenthåndtering)

Helsefagarbeidere/ hjelpepleiere	
Sykepleiere	
Fysioterapeuter	
Vernepleiere	
Helsesøstre	
Jordmødre	
Ergoterapeuter	
Leger	
Andre	

2. Hvilke kurs, fagdager, sertifiseringer eller andre kompetansetiltak gjennomføres **systematisk** for alle i disse gruppene? (eks. hvert halvår, hvert år eller hvert 2. år)

Helsefagarbeidere/ hjelpepleiere	
Sykepleiere	

Fysioterapeuter	
Vernepleiere	
Helsesøstre	
Jordmødre	
Ergoterapeuter	
Leger	
Andre	

3. Hvilke eksterne kurs har dine ansatte deltatt på det siste året, og i regi av hvem?

--

4. Gjennomføres det opplæring i samhandlingsprosedyrer/-rutiner, og inngår det som en del av opplæringen for nyansatte? (eks. elektroniske meldinger, overføring av medisinlister osv.)

--

5. Legges det til rette for utdanninger/videreutdanninger for disse yrkesgruppene, hvis ja, hvordan?

Helsefagarbeidere/ hjelpepleiere	
Sykepleiere	

Fysioterapeuter	
Vernepleiere	
Helsesøstre	
Jordmødre	
Ergoterapeuter	
Leger	
Andre	

6. Benyttes e-læringskurs systematisk i opplæringen, hvis ja, hvilke kurs?

--

7. Hvilke nettverk er dere representert i og evt. for hvilke yrkesgrupper?

--

8. I hvilke møtearenaer deltar dere sammen med representanter fra SiV?

--

9. Har ansatte i enheten hospitert ved andre enheter eller institusjoner siste år, hvis ja, **hvor** og **hvor mange** ansatte har hospitert?

Helsefagarbeidere/ hjelpepleiere	
-------------------------------------	--

Sykepleiere	
Fysioterapeuter	
Vernepleiere	
Helsesøstre	
Jordmødre	
Ergoterapeuter	
Leger	
Andre	

9. Har dere kompetanseplan for årlige aktiviteter/tiltak? Hvis ja, evt. for hvilke grupper?

--

10. På hvilken måte benytter dere **Utviklingssenteret for Sykehjem og Hjemmetjenester i Vestfold** innen kompetanseheving?

--

11. På hvilken måte benytter dere **SiV** innen kompetanseheving?

--

12. Hvilke andre kompetansehevende tiltak er det behov for å systematisere?

Helsefagarbeidere7 hjelpepleiere	
Sykepleiere	

Fysioterapeuter	
Vernepleiere	
Helsesøstre	
Jordmødre	
Ergoterapeuter	
Leger	
Andre	

Vedlegg 5: Kartleggingsskjema for SiV

Kartleggingsskjema for SiV

Klinikk:

Seksjon:

Kompetansetiltak som er gjenstand for kartleggingen:

1. Hvilke kurs og opplæringstiltak tilbyr seksjonen til helsepersonell i kommunene?
Evt. til hvilke målgrupper og i hvilken form.
(kurs/opplæring – teoretisk/praktisk – grupper/individuellt – på SiV/ute i kommunene)
2. Har seksjonen deltatt på kurs/opplæring i regi av kommunehelsetjenesten i løpet av det siste året? Evt. hva.
3. Hvilke faglig nettverk og arenaer er SiV representert i, sammen med helsepersonell fra en eller flere kommuner i Vestfold?
4. Har seksjonene mottatt hospitanter fra kommunehelsetjenesten eller hospitert i kommunehelsetjenesten siste år? Evt. hvor mange.
5. Har seksjonen implementert samhandlingsprosedyrer og rutiner som en del av introduksjonsprogrammet for nyansatte?
 - a. PLO- utskrivningsrapport
 - b. Sjekkliste PLO utskrivningsrapport
 - c. Prosedyre for utskrivningsklare pasienter
 - d. Legemiddeldokumentasjon og – håndtering fra innleggelse til utskrivning

Hvis ja, evt. hvilke prosedyrer? (a-d)
6. Kjenner de ansatte i seksjonen til samarbeidsavtalen med kommunene i Vestfold?
7. Hvilken kompetanse er det viktig å styrke i SiV som kommunehelsetjenesten innehar?