

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2001 nr 6

**Videreutdanning i aldring og eldreomsorg
Høgskolen i Gjøvik 1989-2000
En evaluering av praksisrelevans og kartlegging av
kunnskapsbehov**

Kari Marie Gundersen
Pieta de Groot Finnby
Avdeling for helsefag

Gjøvik 2001
ISSN 0806-3176

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	s. 3
Forord	s. 5
Innledning	s. 6
Bakgrunn	s. 7
Kommune-Norge i dag	s. 7
Geriatrici / gerontologi som vitenskap og fagfelt	s. 8
Formell utdanning av helsepersonell innen eldreomsorg	s. 8
Utvikling av videreutdanningstilbud	s. 10
Hensikten med kartleggingsundersøkelsen	s. 10
Materiale og metode	s. 12
Utvalg	s. 12
Metodevalg	s. 14
Analyse og tolking	s. 14
Metodisk refleksjon	s. 14
Etiske overveielser	s. 15
Resultater med kommentarer	s. 16
1) Hvor arbeider respondentene	s. 16
2) Erfaringer og opplevelser i forhold til videreutdanningen	s. 19
3) Hva bidro videreutdanningen med ?	s. 21
4) Hvilke læringsbehov har de i dag	s. 23
Diskusjon og sammenfatning	s. 27
Om faglig og personlig interesse	s. 27
Om status og anerkjennelse	s. 27
Arbeidsgivers ansvar	s. 28
Utfordringer til Høgskolen i Gjøvik	s. 29
Referanser	s. 31
Vedlegg	
1: Følgelbrev til studentene	
2: Spørreskjema	

Sammendrag

Høgskolen i Gjøvik, avdeling for helsefag har gitt 20 vekttall videreutdanning i eldreomsorg siden 1989. De første årene var utdanningen sykepleiespesifikk, etter hvert ble tilbudet tverrfaglig, og et 10 vekttall tverrfaglig studium i aldersdemens er vokst fram som et permanent tilbud i tillegg. Høsten 2000 fikk to av høgskolelektorene tilknyttet disse studiene løyve til å gjennomføre en kartleggingsundersøkelse for å få en evaluering av tidligere studenters opplevde nytte av studiet, deres arbeidsvilkår, samt deres behov for ytterligere videre- og etterutdanning.

Metode:

En postenquete ble sendt til samtlige uteksaminerte kandidater (N 159). Det kom 67 svar tilbake, en svarprosent på 42.

Data ble analysert og tolket gjennom en ad hoc meningsgenerering, og resultatene presenteres under følgende kategorier:

- 1) Hvor arbeider respondentene
- 2) Erfaringer og opplevelser i forhold til videreutdanningen
- 3) Hva bidro videreutdanningen med
- 4) Hvilke læringsbehov har de tidligere studenter i dag

Funn:

- 1) Videreutdanningen er rettet mot det kliniske feltet, men gir også kompetanse som kan være relevant for lederstillinger og undervisningsstillinger. 57 (85 %) av de som svarte arbeidet i kommunehelsetjenesten, seks (10 %) på statlig og tre (5 %) på fylkeskommunalt nivå. De fleste arbeider i klinisk praksis 42 (63 %), noen i administrative stillinger 21 (31 %) og noen få arbeider i undervisning og fagutviklingsstillinger fire (6 %).
- 2) Med ett unntak er studiet organisert som deltidsstudium, og nær 100 % av studentene arbeider ved siden av å studere. Studiet rekrutterer fra Oppland og Hedmark fylke. Det betyr stor avstand til skolen for mange. Respondentene tok utdanningen under svært ulike vilkår. 44 (66 %) fikk permisjon med lønn under utdanning, men kun på undervisningsdagene arrangert av skolen. 26 (39 %) av disse fikk bindingstid av varierende lengde. 19 (29 %) svarer at de ikke fikk noen støtte fra arbeidsstedet. Belastning på familieøkonomi og fritid har vært et faktum for alle.

- 3) Neste alle (66) søkte videreutdanning på grunnlag av personlig og faglig interesse. 65 respondenter svarer at studiet har ført til faglig og personlig vekst. 43 respondenter forteller om økt faglig anerkjennelse og positiv endring i arbeidsinnhold, men her kommer det fram et bilde av store kommunale og institusjonelle forskjeller. I følge dette materialet stiller noen arbeidsgivere seg likegyldig til sitt ansvar for fagutvikling av sitt personale, og de utnytter ikke den kompetansen de ansatte på eget initiativ har skaffet seg.
- 4) De fleste ønsket mer utdanning hvis de økonomiske og organisatoriske forhold gjorde det mulig. 44 (66 %) kunne tenke seg videreutdanning, de fleste av disse innen administrasjon og ledelse, med også aldersdemens og kreftomsorg var ønsket av mange. Innen kurs og etterutdanning var ønskene mange og forslagene svært varierte. Igjen var motivet for å ønske mer utdanning grunnet i faglig interesse. Å kunne holde seg faglig oppdatert i et fag i sterk utvikling ble nevnt av flere. Faglig påfyll som middel til å holde interesse og engasjement levende ble også nevnt. Utdanningsinstitusjonene har et ansvar for å følge opp uteksaminerte kandidater, og respondentenes svar kan bidra til mer målrettet arbeid med studie- og kurstilbud innen kommehelsetjenesten, som er et av satsningsområdene i Høgskolen i Gjøvik.

Forord

Eldreomsorg og demensomsorg skal, i følge dagens politikere, prioriteres. ”Rett person på rett plass” het en utredning om personalsituasjonen i helsevesenet. Dette er blitt et slagord som ofte brukes i kommunalt målarbeide. Videreutdanning innen eldreomsorg og demensomsorg bør være svært aktuelt for å få best mulig kvalifisert personell på den rette plassen.

Vi vil takke ledelsen ved Avdeling for helsefag for at det ble frigjort tid til å gjennomføre denne studien. Videre vil vi takke personalet på arkivet som tok i mot utsendte spørreskjemaer, og professor Dr PH. J. K. Hummelvoll for verdifull veiledning. Til slutt en stor takk til alle tidligere studenter som gav oss svar på de spørsmålene vi stilte.

Gjøvik , juni 2001

Kari Marie Gundersen

Pieta de Groot Finnby

Innledning

”Videreutdanning i aldring og eldreomsorg for sykepleiere – Hvor mange er de, hvor arbeider de, og hvordan finansierer de studiet og hvilken status får de?” het en landsdekkende undersøkelse i regi av Nasjonalt geriatriprogram 1994 – 1999 (Hatling og Høgset 2000). Rapporten inspirerte to lærere tilknyttet videreutdanningen ved Høgskolen i Gjøvik til å stille deler av de samme spørsmålene til tidligere videreutdanningsstudenter. I tillegg var det av interesse å få en evaluering av innhold og organisering av studiet, samt en kartlegging av hvilke læringsbehov de har nå.

Overordnet krav til utdanningsinstitusjonene er å bidra til at samfunnet har den kompetansen som trengs på viktige områder. Videre har arbeidsgivere og arbeidstakere et delt ansvar for oppbygging av tilstrekkelig kompetanse til å møte de stadig økende og skiftende utfordringer. Livslang læring er ikke et slagord, men en nødvendighet i dagens samfunn.

Bakgrunn

Kommune-Norge i dag

Gjennom media får vi informasjon om et stadig mer presset kommune-Norge hvor pålagte oppgaver vokser, mens de økonomiske ressursene oppleves som stadig knappere.

Kommunehelsetjenesten - særlig pleie og omsorgstjenesten - er den lovpålagte offentlige tjenesten som representerer den største utfordringen i forhold til tjenesteyting, kvalitet og kompetanse. Det finnes mange gode forskningsarbeidere som understreker og på flere måter verifiserer mediabildet om for store lovpålagte oppgaver i forhold til personalressurser. Her skal kun et sitat fra tidsskriftet Demens gjengis, da det gir et tankevekkende og realistisk bilde på nødvendigheten av høykompetent personale i denne sektoren:

”På norske sykehus er det 15.000 senger og 6.700 legeårsverk, dvs en lege for 2,2 pasienter. På norske sykehjem er det 35.000 senger fordelt på 217 legeårsverk, dvs. en lege for 167 pasienter. I tillegg er det svært få sykehjem i Norge som har leger mer enn noen timer hver uke, mens alle sykehus har leger på vakt døgnet rundt. Store deler av døgnet, spesielt i forbindelse med natt og helg, er det svært få sykepleiere på vakt. I praksis medfører disse forhold at få døende pasienter på sykehjem vil få det legetilsyn og den behandling de trenger for å få lindret sine akutte plager før de dør” (Husebø og Husebø, 2000, s 2).

De fleste gamle er ikke syke, men de fleste syke er gamle, og de har ofte et sammensatt sykdomsbilde. Behandlingstiden i norske sykehus er radikalt forkortet i løpet av de siste årene. Stadig flere kompliserte behandlingsopplegg gjennomføres i sykehjem og hjemmene, ved siden av at det stilles stadig større krav til kvaliteten på pleie- og omsorgstjenesten (Lov om pasientrettigheter, Ot. Prop nr 12, 98 -99).

Den skandinaviske velferdsstatsmodellen bygger på de grunnleggende moralske prinsipper:

- * Respekt for livets ukrenkelighet
- * Respekt for menneskets egenverd
- * Solidaritet med de svakstilte

Hvis vi inn i begrepet ”svakstilte” definerer den sårbarheten som sykdom og avhengighet kombinert med aldring ofte gir, er det lett å begrunne utdanningsinstitusjonenes ansvar for å utdanne høykompetent personale, og samfunnets ansvar for å ta vare på dem slik at de blir værende yrkesaktive.

Om geriatri/gerontologi som vitenskap og fagfelt

I et historisk perspektiv er gerontologi / geriatri svært unge fagdisipliner, til tross for at samfunn og enkeltindivider har måttet forholde seg til aldringens problemer og utfordringer til alle tider. Det er mange årsaker til at områder som i generasjoner har vært et privat anliggende er blitt et offentlig. Det norske samfunn er tuftet på en velferdsideologi hvor god ivaretagelse av de svakeste er et ufravikelig moralsk prinsipp. I den skandinaviske velferdsmodellen understrekes det offentliges ansvar for befolkningens helse og velferd.

Befolkningsutvikling og levemåte har ført til at vi lever lenger. Med den økende befolkningstilveksten i de eldste aldersgrupper følger økt sykkelighet og funksjonssvikt. Med flere aleneboende følger færre omsorgsressurser i den private sfære. Dette har aktualisert behovet for forskning, kunnskap og kompetansebygging både når det gjelder planlegging, organisering og gjennomføring av tjenester på alle forvaltningsnivåer. Historisk slo velferdstenkningen først rot i kommunene. Etter hvert kom staten sterkt inn i bildet. De senere årene har kommunene igjen fått overført mye av ansvaret for å etablere tilbud og tiltak til eldre. Viktige momenter her er tilbakeføring av sykehjemmene etter en tiårsperiode på fylkeskommunalt nivå (1978), og lov om helsetjeneste i kommunene fra 1982, som påla kommunene å opprette hjemmesykepleietjeneste.

Når det gjelder forskning og kunnskapsutvikling, skal særlig Norsk gerontologisk institutt (NGI) framheves. Det ble dannet i 1954 med Nasjonalforeningen for folkehelsen som viktig bidragsyter og katalysator. NGIs tverrfaglige forskningsteam ga uvurderlige bidrag når det gjaldt bygging av kompetanse, både med hensyn til forskning, veiledning og formidling.

I 1995 ble instituttet tilsluttet andre forskningsfora innen samfunnsvitenskaplig forskning, og er nå en del av Norsk forskningsinstitutt for oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Både dette instituttet og andre forskningsmiljøer innen helse- og sosialfag har tett samarbeide med fagfelt i inn- og utland, og forskningsmiljøet og kunnskapsmengden vokser stadig.

Mens geriatrien er et fagfelt som i vesentlig grad hører til det medisinske feltet, er gerontologien klart tverrvitenskaplig, og berører de fleste forsknings- og fagfelt.

Om formell utdanning av helsepersonell innen eldreomsorg

Pleie av eldre i offentlig omsorg har tradisjonelt blitt ivaretatt av kvinner med liten formell utdanning, men ofte med en høy realkompetanse i kraft av sin livserfaring og kjennskap til målgruppa. Som en konsekvens av utviklingen som er skissert foran ble det etter hvert

nødvendig å starte oppbyggingen av høyere faglig kompetanse. Gruppen eldre med komplekse, behandlingstrengende sykdommer vokste både i hjemmene, i sykehjem og i andre aldersinstitusjoner. Derfor fulgte myndighetene opp med lover og forskrifter. Til kommunehelsetjenesteloven av 1982, som juridisk sikrer alle nødvendig helsetjeneste nær sitt hjemsted, knyttet retningslinjer (1997) som konkretiserer helsepersonellens ansvar for kvalitativ forsvarlig pleie og behandling. Stortingsmelding nr 50 (1996 – 97) ”Handlingsplan for eldreomsorgen” ble fulgt opp med ”Rett person på rett plass”(1997), en utredning om behovet for personalressurser og personalkompetanse. Utredningen gav føringer om nødvendig kompetanseheving for å nå de vedtatte målene. Norsk geriatriprosjekt, en nasjonal satsning på forskning, kompetanseheving og fagutvikling i regi av sosial- og helsedepartementet, er et 4-årsprosjekt med forgreninger i alle landets fylkeskommuner. I en oppsummering av erfaringene anbefaler prosjektledelsen at det skal være minst to høgskoleutdannet personale med videreutdanning innen geriatri i hver kommune eller hver bydel / distrikt. Dette er på langt nær nådd. I 1997 manglet 44% av landets kommuner sykepleiere med videreutdanning i aldring og eldreomsorg (Øgar og Rø, 2000). Stortingsmelding 28 (1999 – 2000) om ”Innhold og kvalitet i omsorgstenestene” påpeker at:

”Regjeringa meiner det er viktig å styrkje kompetansen i kommunane innen aldring og demens” og vidare ”Regjeringa vil som ein del av handlingsplanen for helse og sosialpersonell arbeide for å styrkje vidareutdanningar i geriatri for personell med høgskuleutdanning” (s.53).

Både i nevnte melding og i ”Handlingsplan for eldreomsorgen” understrekes det at det er tvingende nødvendig å styrke geriatriens plass i alle grunnutdanningsprogrammene innen helsefag, både i videregående skole og i høgskole. ”Kunnskap om aldring og demens bør også inngå som ein del av grunnopplæringa for ufaglærte” (St.melding 28, 1999 s.53). Utdanningsinstitusjonenes ansvar for tilrettelegging av etter- og videreutdanninger i tråd med samfunnets behov understrekes både i NOU 97: 25 ”Ny kompetanse”, og i Mjøsutvalgets innstilling som nå danner en viktig bakgrunn for Stortingsmelding nr.27 (2000 –2001) ”Gjør din plikt – Krev din rett”.

Utvikling av videreutdanningstilbud innen eldreomsorg

Den første formelle utdanningen for sykepleiere innen eldreomsorg ble startet på Diakonissehusets sykepleierhøgskole i 1982. Det var en ettårig videreutdanning for sykepleiere som fortsatt drives, nå som deltidsstudium. Dette studiet har dannet mønster for flere høgskoler. Etter hvert kom flere statlige høgskoler etter med noe ulike tilbud, men gerontologi/geriatri var de viktigste komponentene. I 1997 hadde 11 fylker høgskoler med videreutdanningstilbud innen aldring og eldreomsorg og/eller demensomsorg (St.melding 28, s.53). I mai 1997 var det registrert 1100 helsepersonell med videreutdanning fra disse studiene, 97 % av disse var sykepleiere (Hatling og Høgset 1999, s 9). Høgskolen i Gjøvik, tidligere Sykepleierhøgskolen i Oppland, startet 20 vekttall videreutdanning i sykepleie til eldre og mennesker med langvarig funksjonssvikt høsten 1989. Det første kullet var heltidsstudenter. Senere har studiet vært drevet som deltidsstudium over 2 år. Fra høsten 98 har studiet vært drevet som tverrfaglig videreutdanning i aldring og eldreomsorg etter rammeplan av 10.juli 1998. I 1994 godkjente departementet en studieplan innen aldersdemens, diagnostikk, behandling og omsorg, og ved Høgskolen i Gjøvik startet det første kullet sin 10 vekttall videreutdanning høsten 1994 som de første i landet, noen dager før Diakonissehusets sykepleierhøgskole. Med unntak av 1996 har dette studiet vært drevet som deltidsstudium over ett år. Et forsøk er gjennomført med desentralisert deltidsstudium. 16 kandidater fordelt på to studiesteder fikk sin eksamen ved dette forsøket.

Hensikten med kartleggingsundersøkelsen

En landsdekkende kartlegging av helsepersonell med videreutdanning innen eldreomsorg (Hatling og Høgset 2000) viser at over 10 % av samlet antall hadde fått sin utdanning ved Høgskolen i Gjøvik. Siden skolen er ansvarlig for så stor andel av de utdannede er det av interesse å se hvordan tidligere studenter vurderer den utdanningen de har fått, og hvordan arbeidgivere benytter deres kompetanse. Gunnar Høgset (1998) hevdet i en kommentar-artikkel i forbindelse med den landsdekkende kartleggingen at det kun er idealistene som tar disse videreutdanningene. Han begrunner det med at svært få får permisjon med lønn for å ta utdanningen. Det betyr at mange bruker sin fritid og belaster sin privatøkonomi for å få dette til. Videre er det absolutt ingen selvfølge at de får kompensasjon i form av lønnsøkning eller annen anerkjennelse etter endt utdanning. Hvordan de blir verdsatt og ivaretatt ligger i arbeidsgivers personalpolitikk. Med tanke på den uttrykte nasjonale satsningen på eldreomsorg, og med tanke på det filosofiske grunnlaget velferdsstaten er bygd på, er dette et paradoks som vanskelig kan forklares på noen annen måte enn samfunnets negative

holdninger til eldre, og det Harald Ofstad (1987) karakteriserer som samfunnets forakt for svakhet.

Det har alltid vært vanskelig å rekruttere studenter til videreutdanninger innen eldreomsorg. Derfor har mange høgszkoler hatt tilbud som nedlegges. Dette kan ha mange årsaker. Det er fremdeles alt for få ansatte med høgszkoleutdanning innen kommunehelsetjenesten, dette gjør det vanskelig å gi permisjon til de potensielle søkerne, samtidig som det samlede søkergrunnlaget er tynt. I mange av de nasjonale plandokumenter det henvises til pekes det på utdannings-institusjonens ansvar for å følge opp sine kandidater med fleksible, tilrettelagte studietilbud. Høgszkolen i Gjøvik hadde i flere år tradisjon med å tilby etterutdanningskurs for helsepersonell som hadde gjennomført videreutdanning. Etter hvert har færre benyttet seg av disse tilbudene til tross for både personlig og skriftlig invitasjon til tidligere studenter. Dette er nok en av de viktigste årsakene til at det er lagt mindre engasjement fra høgszkolens side i å arrangere kurs og seminarer knyttet til temaet eldreomsorg. Som utdanningsinstitusjon er det også viktig å få undersøkt om studiet er til personlig og faglig nytte.

- 1) Det kan de som er i praksis etter gjennomført videreutdanning best fortelle. Derfor er evaluering av programmet og kartlegging av hvilke studier som blir etterspurt et viktig mål for denne studien.
- 2) De kan også gi sin vurdering av hvordan videreutdanning i aldring og eldreomsorg, som er et av Høgszkolens satningsområder, blir anerkjent i samfunnet.
- 3) Videre er det av interesse for Høgszkolen i Gjøvik å få kartlagt hvilke studier tidligere studenter etterspør i dag.

Vi er inne i en negativ sirkel som vi håper å kunne endre ved å få en oppdatert informasjon om hvilke tilbud som trengs.

Forskningsspørsmål er:

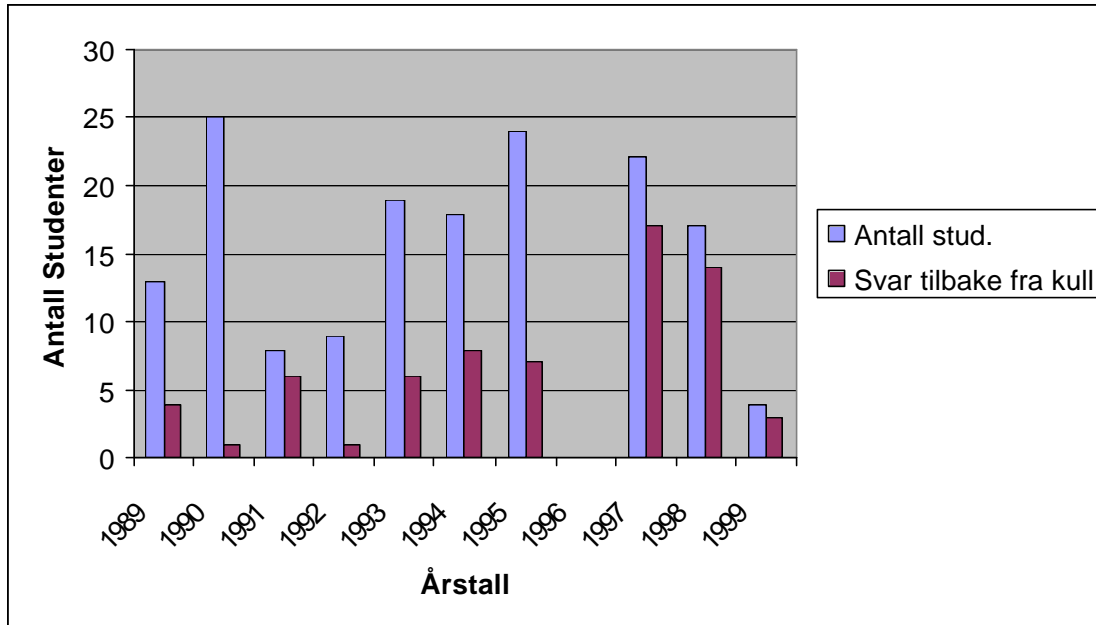
- * Hvor arbeider respondentene
- * Erfaringer og opplevelser i forhold til videreutdanning
- * Hva bidro videreutdanningen med?
- * Hvilke læringsbehov har de tidligere studentene i dag?

Materiale og metode

Utvalg

Utvalget besto av 159 uteksaminerte studenter fra Høgskolen i Gjøvik som har tatt videreutdanning i eldre- og / eller demensomsorg i løpet av de siste 12 år. Alle respondenter fikk tilsendt et spørreskjema med følgebrev (vedlegg - 1) i oktober 2000, med svarfrist den 15. desember 2000. Frankert konvolutt med påskrevet adresse ble vedlagt. 67 respondenter svarte (42 %). Av disse var 63 kvinner og 4 menn. 11 brev kom uåpnet i retur. Det vil si at adressantene var ukjent. Vi ser av materialet at svarprosenten er lavest fra de første kullene, altså fra 1989 og de første kullene deretter, for så å stige jevnt. Dette kan tolkes på flere måter. Mange av studentene har vært godt voksne, noen fra de første kullene er kanskje ikke yrkesaktive lenger, eller nær enden av sitt arbeidsliv. Med årene vil jo også erfaringer fra et studium blande seg med livs- og yrkeserfaringer ellers, slik at det kan bli vanskelig å skille ut hva som er utdanningens bidrag i den samlede kompetansen.

Tabell 1: Svarantall for respondenten



I 1996 ble ingen studenter opptatt i videreutdanningen for eldreomsorg og demensomsorg

Alder

Alder var fordelt som følger: 13,5 % under 35 år, 27 % fra 36-45 år, 56,5 % fra 46-60 år, 3 % over 60 år. Ny statistikk viser at reell "pensjonsalder" for helsepersonell nå er ned mot 58 år. I lys av disse data kan behovet for mer utdanning tolkes. Kanskje vil utdanningsbehovet avta etter hvert som yrkeslivet nærmer seg sin avslutning?

Tabell 2: Prosentvis aldersfordeling av respondentene

Alder:	Totalt n = 67
.....	
> - 35:	13,5 %
36 – 45:	27 %
46 – 60:	56,5 %
60 - > :	3 %
.....	
Totalt:	100 %
.....	

Arbeidsår før videreutdanningen

Respondentene hadde fra 0-24 arbeidsår i eldreomsorgen før de begynte på videreutdanningen. Grunnen til at opptakskravene på to år ble fraveket kan ligge i rekrutteringssvikt til videreutdanningen. I gjennomsnitt har respondentene arbeidet 8,5 år etter avsluttet grunnutdanning i sykepleie.

Tabell 3: Antall arbeidsår før videreutdanningen

Relevant praksis i år	Antall personer
.....	
0 - 5	23
6 – 10	18
11 – 15	18
16 – 20	5
21 – 25	2

Det viste seg at to personer hadde mindre enn ett år relevant praksis, og en hadde relevant praksis på ett år før de begynte på videreutdanning.

Metodevalg

Studien har et deskriptivt, eksplorativt og kvalitativt design. Det er brukt en semistrukturert postenquete. Denne metoden ble valgt for å kunne nå alle tidligere studenter. Enqueten innholdt 12 spørsmål (vedlegg 2). Av disse var tre formulert med lukkede svaralternativer, syv med lukkede svaralternativ og mulighet til begrunnelser / kommentarer, og to åpne spørsmål. De åpne og delvis åpne spørsmålene hadde alle underspørsmål for dermed bedre å kunne ivareta de personlige reaksjoner så detaljert som mulig. Spørsmålene har forankring i den landsomfattende kartleggingen av Hatling og Høgset (2000).

Analyse og tolkning

Begge forskerne leste hver for seg gjennom datamaterialet for å få god oversikt over svarene. De kvalitative dataene ble analysert gjennom en kvalitativ innholdsanalyse, som har til hensikt å beskrive, tolke og forstå respondentenes uttalelser i bredde og dybde. Behandlingen av de kvalitative data blir utført gjennom en ad hoc meningsgenerering. Dette er en analysemetode for kvalitative data som bruker fritt samspillet mellom de ulike teknikker, klassifisert fra det deskriptive til det forklarende, og fra det konkrete til det generelle (Kvale, 1997, s.135). Alle svarene ble skrevet ut under hvert enkelt spørsmål. Svarene ble sammenfattet i kategorier der det var naturlig. Noen få svar ble eliminert fordi de falt utenfor de kategoriene som ble synliggjort, og heller ikke bidro til å svare på spørsmålet som i utgangspunkt var stilt. Begge forskeren har lest og diskutert hverandres arbeid. En av forskeren har kjennskap til de fleste kullene, mens den andre ikke har det. Dermed blir både nærhet og distanse representert i forhold til analyseringen og tolkning av datamaterialet.

Metodisk refleksjon

I ettertid ser vi at formuleringen av spørsmål 5 har vært uheldig og kan gi en lav innholdsvaliditet. Valg av stilling ”*Hva er din nåværende stilling?*”, og det å skifte stilling ”*Eventuelt når skiftet du stilling?*” kan ha mange årsaker, både av privat og yrkesmessig karakter. Det kom ikke tydelig nok fram i spørsmålsstillingen at vi siktet til de endringer som videreutdanningen har ført til. Videre ser vi at spørsmål 8, som skulle gi oss data på

utdanningsbehov, ikke er tilstrekkelig konkretisert. Det blir vanskelig å vurdere om ønsket tilbud har sammenheng med hvordan dette tilbudet organiseres. Spørsmålet om *ønsker om mer utdanning kan* dermed blir vanskelig å behandle, og bidrar til usikkerhet i forhold til å trekke konsekvenser for planlegging av nye tilbud. Svarprosenten ble lavere enn opprinnelig antatt til tross for frankerte konvolutter som var vedlagt. Det er de første kullene som har lavest prosentantall. Fordi det er flere eldre som tar videreutdanning er det derfor lett å tro at flere av disse studenter ikke lenger er yrkesaktive. Datamaterialet gir imidlertid både spennende, og omfattende informasjon over den enkeltes aktuelle studieønsker.

Etiske overveielser

Respondentene fikk sammen med spørreskjemaet tilsendt et informasjonsbrev om hensikten med denne studien. Det ble presisert at deltagelse var frivillig. Anonymisering ble ivaretatt ved at høgsolen sendte ut et spørreskjema til alle tidligere videreutdanningsstudenter sammen med en på forhånd trykket og frankert returkonvolutt. Navn og adresse skulle ikke skrives på verken skjemaet eller konvolutt. Dermed har forskerne ingen opplysninger om hvem som har svart, og hvem som ikke har svart på spørsmålene. De har kun oversikt over hvor mange skjemaer som er sendt ut, og hvor mange som er besvart. Opplysningene forskerne har fått skal kun brukes til å vurdere om hensikten med videreutdanningen er oppnådd, hvilke videre- og etterutdanninger som blir etterspurt, og eventuelt hvilken form(er) for organisering som ønskes.

Resultater

Studiens resultater presenteres under følgende kategoriene:

Hvor arbeider respondentene

Erfaringer og opplevelser i forhold til videreutdanning

Hva bidro videreutdanningen med

Hvilke læringsbehov har de i dag

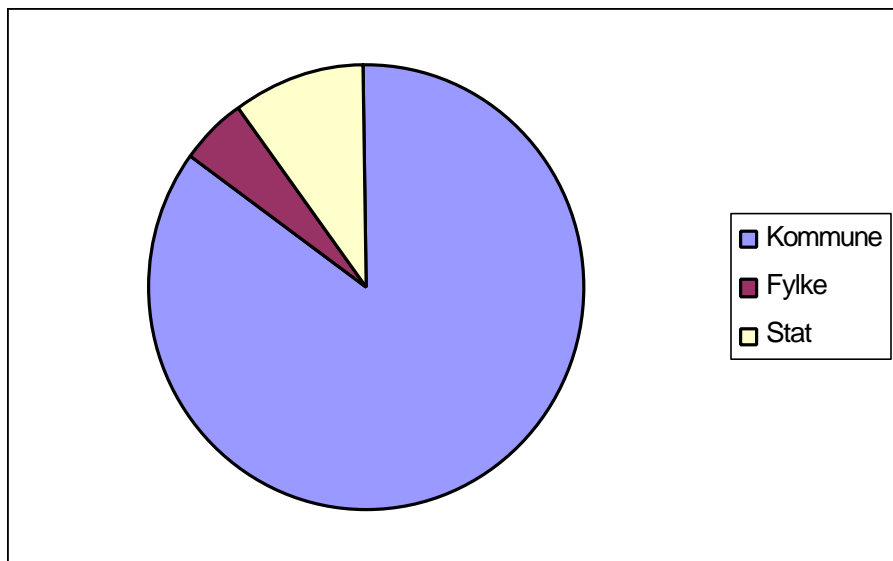
Resultatene blir kommentert i tilknytning til kategoriene.

Når resultatene følger de fire kategoriene, innebærer dette at spørsmålene ikke nødvendigvis følger etter hverandre, men at svarene blir lagt under der de naturlig hører hjemme. Enkelte data blir lagt fram i form av grafikk eller diagram for å fremheve deres betydningen. Tallene i parentes viser antall svarreaksjoner.

1) Hvor arbeider respondentene?

Videreutdanningen er rettet mot det kliniske feltet, men gir også kompetanse som kan være relevant for lederstillinger og undervisningsstillinger. 85 % (57) av de som svarer arbeider i kommunehelsetjenesten, 5 % (3) på fylkeskommunalt nivå og 10 % (6) på statlig nivå.

Tabell 4: Hvilken forvaltningsnivå respondentene arbeider innenfor



En av respondentene var hjemmemværende.

Klinisk praksis

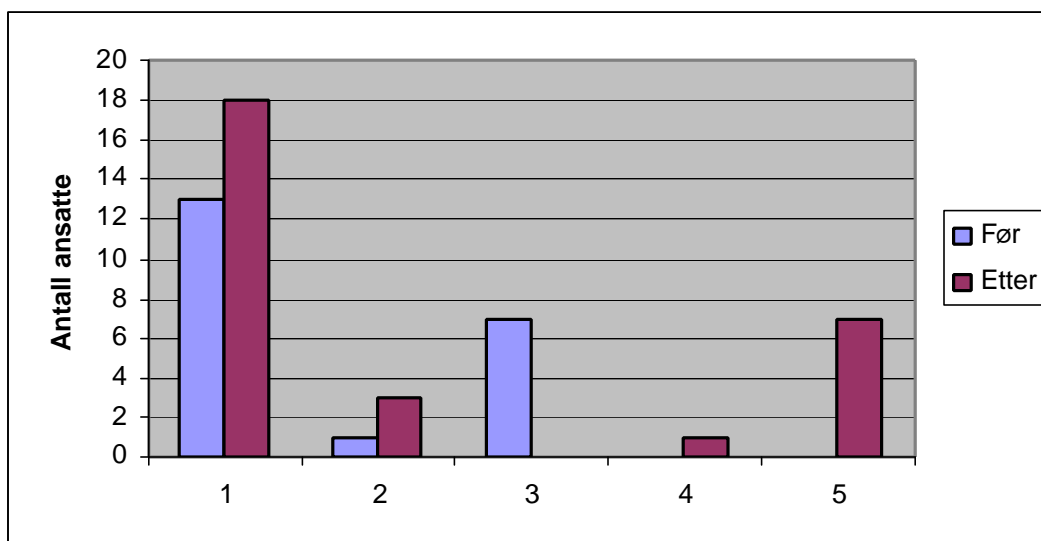
Før videreutdanningen arbeidet 42 respondenter innenfor den kliniske praksis, etter videreutdanningen 33 respondenter. Av de 42 respondenter hadde 39 en stilling som Offentlig godkjent sykepleier, en som psykiatrisk sykepleier, en som miljø terapeut og en som hjelpepleier.

Etter fullført videreutdanning har 20 respondenter en stilling som Offentlig godkjent sykepleier, en som psykiatrisk sykepleier, en som miljø terapeut, en som hjelpepleier, en som demenssykepleier, fire som geriatrisk sykepleier, fire som spesialsykepleier og en som helsesøster.

Administrasjon og ledelse

Studien viser at flere har gått over i lederstillinger etter endt videreutdanning. Før videreutdanningen var 21 tilsatt i ulike lederstillinger. Etter videreutdanningen er 29 ansatt i ledende stilling.

Tabell 5 Oversikt over ansatte i administrasjon og ledelse



Etter fullført videreutdanning ble det flere stillinger innenfor administrasjon og ledelse under nye stillingsnavn. Dette betyr ikke at stillingsinstruksen er så forskjellige fra den ene til den andre stilling, men heller at flere kommuner bruker forskjellige navn og at noen lederstillinger er blitt delt opp i flere stillinger hvor for eksempel fag og drift blir skilt fra hverandre. 1) Styrer eller avd. spl. 2) Ass. avd. spl. 3) Bo-, gruppe-, sone- eller fagligleder. 4) Institusjonsbestyrer. 5) Drifts-, enhets-, tjeneste-, sone-, gruppe- eller fagleder.

Undervisningssektor

Innenfor undervisningssektoren var det ingen endring i stillingene før og etter videreutdanningen. Det er tre respondenter som arbeidet som lærere på videregående skole, og en som er høyskolelærer.

Kommentarer

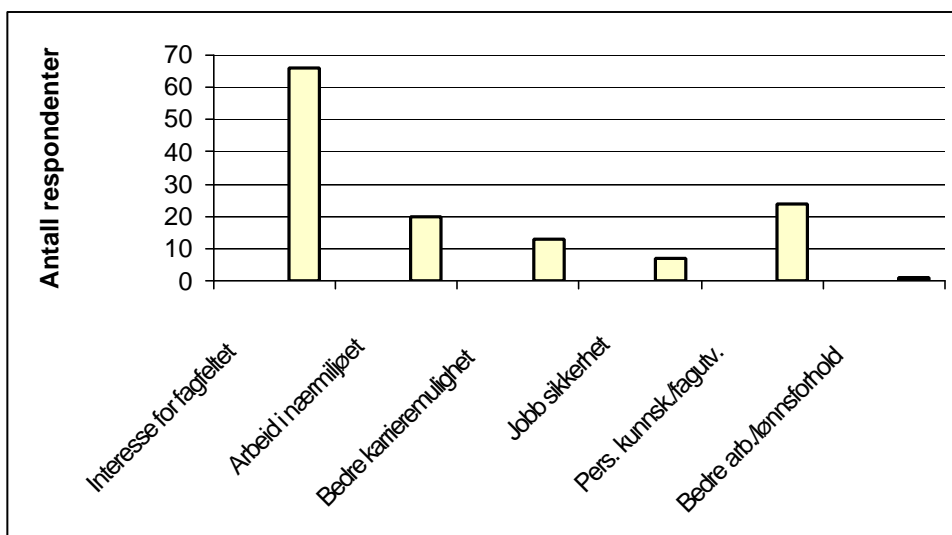
Arbeidsinnholdet har endret seg for 30 respondenter, og delvis endret seg for atte respondenter. For 26 respondenter har utdanningen ikke ført til endret arbeidsinnhold, mens fire respondenter ikke svarte på dette spørsmålet. For 50 respondenter har videreutdanningen ikke gitt endringer i stillingsstørrelse. Kun sju respondenter har endret stillingsstørrelse. En svarte delvis, ni respondenter besvarte ikke spørsmålet. Det er oftest andre forhold enn utdanning som fører til endring i stillingsstørrelse. 23 respondenter svarte at det var etter eget ønske at de hadde forandret stillingsstørrelse. For det meste skyldes forandringene forhold innenfor den enkelte familie, eller forhold knyttet til arbeidssituasjonen eller til den enkeltes helse.

2) Erfaringer og opplevelser i forhold til videreutdanningen

Begrunnelse for videreutdanning

Begrunnelse for at respondentene tok videreutdanning er en sterk faglig interesse for demens og eldreomsorg generelt.

Tabell 6: *Begrunnelse for videreutdanning*



Hele 99% (66 respondenter) valgte videreutdanning p.g.a. interesse for fagfeltet. For 20 respondenter hadde det også en betydning at arbeidstedet lå i nærmiljøet. Bedre karrieremulighet blir nevnt av 13, og jobbsikkerhet av sju respondenter. Personlig kunnskap/egenutvikling og fagutvikling blir bekreftet av 24 respondenter. Kun en respondent nevnte bedre arbeids- og lønnsforhold som grunnlag for videreutdanning.

Erfaringer ved gjennomføringen av videreutdanningen

De fleste gjennomførte videreutdanningen på deltid, dette innebærer at de har jobb, og de fleste familieomsorg ved siden av studiet. En respondent sier at studiet ikke er gjennomførbart på heltid, fordi det ikke passer for alle familier at en er borte hele uka. De fleste (85%) synes deltid passer bra, særlig når de kommer langveis fra. Deltid kan kombineres med jobb, men likevel gir tilbudet økonomiske problemer for flere. Ikke alle får permisjon med lønn og de færreste får dekket sine studieutgifter. Dessuten må de omgjøre fridagene sine til lesedager. Enkelte gir uttrykk for at fullt utbytte av studiet ikke kan oppnås så lenge de må bruke fridagene til lesedagene. Det blir ikke tid til å fordype seg i stoffet og å gjennomgå litteraturen.

Erfaringer i forhold til arbeidsplassen

Fordelingen av økonomiske betingelser i forbindelse med gjennomføringen av videreutdanningen var følgende:

26 respondenter hadde bindingstid på arbeidsplassen, den varierte fra tre mnd. til to år.

44 respondenter fikk permisjon med lønn, hvorav en kun på de dager som ikke var en fridag.

19 respondenter fikk ikke permisjon med lønn.

2 respondenter fikk et stipend i stedet for lønn.

Hadde situasjonen vært den samme i dag?

Forventningen til de økonomiske rammebetingelser i forbindelse med gjennomføringen av videreutdanningen hvis man skulle ta den på det nåværende tidspunkt er som følgende:

21 respondenter forventer å få en bindingstid på arbeidsplassen.

33 respondenter forventer permisjon med lønn, hvorav en av dem forventer delvis lønn.

9 respondenter forventer å få permisjon uten lønn.

8 respondenter forventer å få refundert alle utgifter.

18 respondenter forventer delvis å få refundert utgiftene.

8 respondenter visste ikke om de fikk permisjon med - eller uten lønn.

2 respondenter svarte at de økonomiske rammene var for dårlig.

8 respondenter svarte at tilfeldigheten rår.

I en kommune var kriterier for kompensasjon under videreutdanning under utarbeiding.

Kommentarer

Det er delte meninger om hva som er den beste måten å gjennomføre studiet på. Noen gir uttrykk for at det er best å være heltidsstudent, fordi ingen fungerer bra på flere arenaer samtidig. Andre sier at det er bedre med deltidsstudier fordi det er vanskelig å være hele uka borte fra familien. Her kan avstanden fra hjemstedet til skole være utslagsgivende for uttalelsen. Tar man i betraktning at de fleste er i en familiesammenheng, er det mange faktorer som må veies opp mot hverandre. Selve undervisningen har for flere vært et positivt avbrett i en travel og stressende tilværelse. Flere har fått inspirasjon til å fortsette i arbeidet og de har fått mer forståelse for pasientene og pårørende. Flere nevnte et godt læringsmiljø, at det var positivt å treffe mennesker fra andre arbeidsplasser som de kunne utveksle erfaringer med. Dataene viser at det er viktig for studentene å få permisjon med lønn for å kunne gjennomføre

en videreutdanning. Flere gir også uttrykk for nødvendigheten av lesedager under utdanningen for å unngå en for stor belastning på familien. Videre viser dataene at tilrettelegging for studenter varierer fra kommune til kommune, og fra arbeidsplass til arbeidsplass. Noen gir uttrykk for at de har fått en bedre arbeidssituasjon. 66 respondenter anbefaler andre til å ta videreutdanning, kun fem anbefaler det ikke.

3) Hva bidro videreutdanningen med?

65 respondenter sier at de opplever å ha økt kompetanse, en svarte ikke å oppleve dette uten at det blir begrunnet hvorfor.

43 respondenter opplever økt anerkjennelse, 18 svarer at det ikke oppleves som betydningsfullt. Fire respondenter er usikre på om det er videreutdanning eller stillingsskifte og/eller nye instruksjoner som har ført til økt anerkjennelse.

De fleste (54) gir uttrykk for å bli hørt i faglige spørsmål, åtte svarer "nei" og fire tviler på det.

49 respondenter opplever å bli spurt om råd og veiledning, mens sju ikke opplever det.

Lederens bevissthet om personalets oppnådde kompetanse ble bekreftet av 45 respondenter, 15 svarte at denne bevisstheten mangler. Seks respondenter tvilte på lederens bevissthet om deres kompetanse.

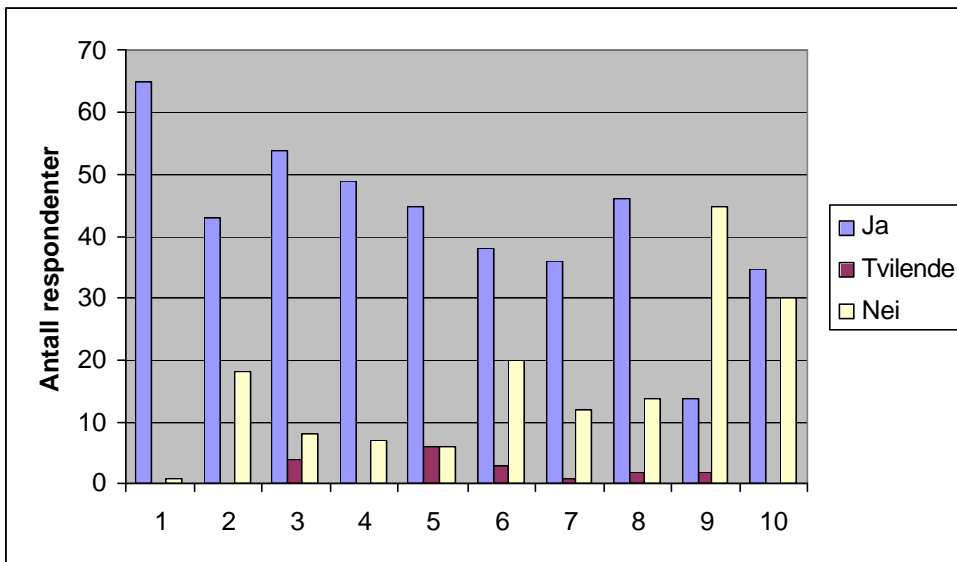
Endringer i arbeidssituasjonen er et sentralt innslag i videreutdanningen for eldreomsorg. Studentene øves i å løse problemstillinger som oppstår i arbeidssituasjonen, i samarbeid med ledelse og det øvrige personalet. 38 respondenter bekrefter at det er lettere å få gjennomslag for endringer etter endt videreutdanning. For 20 respondenter var det ikke lettere og tre tvilte på om det gjorde noen forskjell.

Hos 36 respondenter har videreutdanningen bidratt til kvalitetsutvikling, mens 12 ikke opplevde bidrag til kvalitetsutvikling. En av respondentene tvilte på om kvalitetsutvikling kunne gjennomføres.

46 respondenter underviser andre, 14 respondenter svarer at det ikke er aktuelt, mens to respondenter er tvilende på hvorvidt de har en undervisningsfunksjon. Spørreskjemaet gir ingen muligheter til å nyansere de ulike kunnskapsområder og metoder. Flere av de som svarer nei på undervisningen kan jo likevel bruke seg selv som rollemodell i kunnskapsformidling.

Oppretting av nye stillinger for spesialsykepleiere blir bekreftet av 14 respondenter, mens 45 respondenter avkrefter opprettelse av nye stillinger. To var usikre om det var utdanningen eller andre faktorer som var grunnen til at nye stillinger ble opprettet, som for eksempel omorganisering av stillingene.

Tabell 7: Oversikt over opplevd virkning av videreutdanningen



- 1) Økt kompetanse
- 2) Økt anerkjennelse
- 3) Hørt i faglige spørsmål
- 4) Å bli spurt om råd og veiledning
- 5) Lederens bevissthet om personalets kompetanse
- 6) Å få gjennomslag for endringer
- 7) Bidratt til kvalitetsutvikling
- 8) Underviser andre
- 9) Oppretting av nye stillinger
- 10) Lønnskompensasjon

Kommentarer

Enkelte kommuner har klare retningslinjer for videre-/etterutdanning av personalet. Noen få opplever positivt innstilte arbeidsgiverer som gir permisjon med lønn og/eller kronebeløp for studieutgifter, eller en annen form for stipend. I forhold til lønnskompensasjon har 35

respondenter (52 %) fått lønnsøkning etter endt utdanning, hvorav 13 respondenter (19 %) har fått ett lønnstrinn, 22 respondenter (33 %) har fått flere lønnstrinn. 30 respondenter (45 %) har ikke fått lønnskompensasjon. Innenfor disse tall ligger svarene fra tre respondenter som sier at økt lønn er oppnådd p.g.a. stillingsendringer, men det kommer ikke fram om stillingsendringene er en konsekvens av oppnådd videreutdanning. En respondent hadde tilegnet seg annen fagkompetanse som førte til lønnsøkning.

Seks respondenter gir uttrykk for at de opplever en bedre arbeidssituasjon. Men dataene viser oss også at "Jante-loven" rår i forhold til fordeling av arbeidsinnhold og lønnspolitikk. 14 respondenter gir uttrykk for frustrasjon, at de ikke får brukt den kompetanse videreutdanningen har gitt dem. I undersøkelsen ble det ikke konkret spurt om frustrasjon i forhold til arbeidet og arbeidsplassen, men hos enkelte kommer dette likevel tydelig fram som kommentar i svarene til andre spørsmål, i tillegg til at en kan lese det mellom linjene hos enda flere. Det handler om at den oppnådde kompetansen ikke blir verdsatt av ledelsen, at særlig kommunene ikke bryr seg om økt kompetanse, men tvert om gir uttrykk for at man tar videreutdanning for kun å kunne kreve høyere lønn. Flere nevner også at det må tilrettelegges bedre for gjennomføring av videreutdanning fra arbeidsgiverens side. Fortsatt må noen gå rett fra nattvakt til skolen, eller de må bruke fridagen sin hvis den faller på en skoledag. Respondentene spør også om skolen i større grad kan legge press på kommunene for å stimulere til videreutdanninger fordi antall eldre forventes å øke, særlig er mange bekymret for utviklingen innenfor demensomsorgen. Det er vanskelig å se hvordan en kan gi en ansvarlig omsorg i tiden fremover hvis ikke flere får økt kompetanse. Flere undrer seg over at ledelsen ikke har forstått eller innsett at faglig utvikling gir et bedre arbeidsmiljø og forebygger utbrenthet.

4) Hvilke læringsbehov har de i dag?

Det er stor variasjon i det videre læringsbehovet. Enkelte vil ha fordypning i bestemte områder/emner, men det varierer fra fordypning i form av mastergrad, påbygging/oppdatering av tidligere utdanning og etterutdanning/kurs i relevante emner. Det kommer fram at økt kompetanse hos helsepersonell er meget viktig fordi dette gir økt trygghet hos pasientene. 16 respondenter uttrykker at videreføringen av kunnskapen er viktig, tankene om hvordan varierer. Det kan dreie seg om å øke egen kunnskap, for så å formidle denne videre, og å være med på å planlegge nye tiltak og prosjekter.

Emneområder

47 respondenter kunne tenke seg å ta mer videreutdanning. Fordeling av emneområder som ble etterspurt er følgende:

- * 16 administrasjon og ledelse
- * 11 aldersdemens
- * 9 kreftomsorgen
- * 4 veiledning
- * 4 pedagogikk
- * 4 psykiatri
- * 2 kvalitetsutvikling
- * 1 konflikthåndtering

Aldersdemens begrunnes særlig med at de forventer et økt antall eldre med denne sykdommen. Noen få kunne tenke seg videreutdanning innenfor alderspsykiatri fordi psykisk utviklingshemmede f. eks. blir stadig eldre på grunn av bedre behandling. Aldringsprosessen hos mennesker med Downs syndrom vil føre til et større pleie- og omsorgsbehov i tiden fremover. Dette innebærer at vi innenfor geriatri får en gruppe eldre som de fleste ikke har så mye erfaring med og det kan bli en utfordring for helsepersonalet.

I tillegg til ovenfor nevnte områder er bruk av data, akuttmedisin, forebyggende arbeid, terminalomsorg, intensiv, hudsykepleie, humanbiologi, hørselshemming og hjelpemidler, diabetes, sosiologi og kunst og uttrykksterapi nevnt som ønske for videre- og etterutdanning.

Enkelte vil helst ha kurs fordi dette krever mindre av den enkelte i forhold til jobb og familie. Dessuten er det lettere å søke om permisjon for noe dager enn for ett eller to år.

Diverse kurs med aktuelle emner innen eldreomsorg er nevnt, og forskningsbaserte emner som fører til egen fagutvikling. Særlig sistnevnte er en hyggelig melding fordi dette innebærer at flere og flere innenfor helsesektorer innser betydningen av praksisnær forskning.

Dette kom også frem i ett annet spørsmålet hvor 14 kunne tenke seg å ta en universitetsgrad i sitt fagområde. Videreutdanning var et ønske for 31 respondenter og etterutdanning/kurs for 27 respondenter.

Kommentarer

Noen få føler seg for slitne til å begynne på videreutdanning, og en føler seg for gammel til å spørre arbeidsgiveren om å få permisjon til utdanning. Det nevnes også at det er kjent at mange vil ta videreutdanning, men ikke får anledning på grunn av utgiftene, fordi de verken får skolepenger og/eller lønn. Videre utdanning blir av noen sett på som et middel til å oppnå flere kvalifiserte ledere. Det nevnes med jevne mellomrom at ledelsen ikke er aktive nok, for lite motiverende og/eller forståelsesfulle for de ressursene videreutdanningen innebærer. Hos flere leses mellom linjene at det er bra med videreutdanning så lenge det ikke koster arbeidsgiveren penger. Ellers blir det så vidt nevnt kontakt med andre, unngå å bli stående på stedet hvil og anerkjennelse og lønn. Det er likevel stor interesse for faget og ønske om mer kunnskap i egen arbeidssituasjon som blir fremhevet.

Organisering

Forslag til organiseringen av tilbudene er like varierende som emneområder/temaene for kunnskap. Forutsatt at det blir økonomisk tilrettelagt ønsker respondentene å gjennomføre videreutdanning som følgende:

- * 20 som heltidsstudie
- * 35 som deltid/dagtid
- * 11 som desentralisert
- * 4 som fjernundervisning
- * 1 gir uttrykk for at alle muligheten bør benyttes på grunn av helsearbeideres ulike behov og stillingsbrøk

Deltid/dagtid studier ble nevnt av 35 respondenter, men 33 av dem har ikke nærmere spesifiserer hvordan. Det blir derfor tolket som deltid i form av 2 skoledager hver annen uke slik som det er per i dag. Deltid blir for flere lettere å gjennomføre i forhold til jobb og/eller familien. I respondentenes kommentarer nevnes ønsker for deltidsundervisningen fra 1 til 2 dager hver- eller hver annen uke, kveldsundervisning (eventuelt over internett for å unngå lang reisetid) ukekurs eller teoriblokker, gruppesamling, helgeundervisning fra fredag til lørdag (mens en respondent absolutt ikke ønsker å bruke helgene til dette formål). Kveldskurs i spesielle temaer for å holde seg oppdatert er også nevnt.

Kommentarer

Undervisning på høgskolen blir av noen foretrukket i stedet for andre læringssteder. Dessuten er permisjon med lønn og lesedager viktig for mange. Ett forslag til skolen var å tilrettelegge for videreutdanning i demensomsorg i hvert semester, gjerne med teoriblokker. Et annet forslag var å opprette hospitering/observasjon på anerkjente institusjoner med etterfølgende fellesdiskusjon på skolen. Det viste seg også at det på noe få arbeidsteder regelmessig blir lagt til rette for undervisningstimer.

Avsluttende diskusjon og sammenfatning

I 1969 presenterte den engelske gerontologen Butler begrepet "Ageism", et begrep som uttrykker den negative og diskriminerende holdningen overfor eldre mennesker, og i særlig grad aldersvekkede gamle. Senere er begrepet brukt i flere teoretiske arbeider, også til å forklare hvorfor geriatri som fagfelt scorer aller lavest på skalaen som rangerer status innen de ulike medisinske og helsefaglige spesialiteter. Denne tenkningen verifiseres i mange av respondentenes kommentarer. Data forteller om liten anerkjennelse og status, men en stor interesse for et utfordrende fagfelt.

Om faglig og personlig interesse

Denne kartleggingsundersøkelsen bekrefter Hatling og Høgsets (2000) funn om at det er idealistene som tar denne utdanningen. Nesten alle 65 (98 %) tok utdanningen på grunn av faglig interesse, mange under vanskelige forhold, og uten løfte om kompensasjon i ettertid. Svært mange ønsker ytterligere fordypning innen fagfeltet geriatri/gerontologi, både grunnet i personlig, faglig interesse, og fordi de ser nødvendigheten av høy kompetanse på bakgrunn av samfunnsutviklingen. Respondentenes svar viser at det verdigrunlaget som velferdsstaten bygger på holdes levende hos den enkelte, og at det finnes en genuin interesse for å tilegne seg ny, forskningsbasert kunnskap for å bidra til bedre tjenester. Andre utdanningsbehov som administrasjon og ledelse, pedagogikk og kvalitetsarbeid kan tolkes som at like viktig som å øke egen kompetanse er ansvaret for formidling og forvaltning av kunnskap.

Om status og anerkjennelse

Flere respondenter uttalte følgende: " hvis karriere teller bør en heller ta-----" og så nevnes flere videreutdanninger innenfor helsetjenesten som både gir automatisk lønnsopprykk og større sosial status. Svært mange gir uttrykk for at de føler liten anerkjennelse for den kompetansen de besitter. Noen nevner janteloven som årsak. Fortsatt er 1/3 av de ansatte i kommunehelsetjenesten ufaglærte, og mange har utdanning innen videregående skoleverk. Høgskoleutdannet personell er i mindretall. Likhetstanken har stått sterkt i det norske samfunn. Videreutdanninger som er klinisk rettet og som kvalifiserer for å gjøre en bedre jobb innen samme arbeidsområde blir kanskje ikke tilstrekkelig anerkjent verken av arbeidsgivere eller kolleger, til tross for at det er de med høy klinisk kompetanse som ofte tillegges – og

påtar seg - ansvaret for den faglige og etiske standarden i miljøet. Christensen og Næss (1999) sier i sin rapport om kunnskapsstatus i de offentlige omsorgstjenestene at det skjer en stadig differensiering i tjenestetilbudet, og at en spesialisering blant tjenesteyterne blir mer og mer vanlig. I en stor rapport fra Sosial og helsedepartementet (1999) om sykehjemmenes rolle i framtida, drøftes det hvorvidt en spesialisering av funksjoner, for eksempel i rene rehabiliteringsavdelinger eller korttidsavdelinger ville føre til at det blir lettere å rekruttere kompetent personale til stillingene. Dette materialet viser at de som arbeider i mer spesialiserte stillinger opplever høyere anerkjennelse for sin kompetanse enn de som ivaretar omsorgen for de aller mest hjelpeavhengige, og som kanskje er uten rehabiliteringsmuligheter. Dette er stikk i strid med det ideologiske grunnlaget, hvor respekt for menneskeverdet og et særlig ansvar for de svakeste understrekes. Det er også et paradoks i forhold til oppgavenes kompleksitet og vanskelighetsgrad.

Arbeidsgivers ansvar

I dag kan det se ut som at arbeidsgiver kun har ansvar for at budsjettene ikke overskrides. Økonomisk ansvarlighet er viktig, men å tilrettelegge for kvalitativt forsvarlige helsetjenester i henhold til norsk lov (eks. kommunehelsetjenesteloven 1992 §2) er et ansvar som klart påligger arbeidsgiver. Dette dreier seg blant annet om faglig vedlikehold og faglig utvikling av de ansatte. Det er et paradoks når myndigheter i lover og forskrifter til lov nedfeller kvalitetsforskrifter og kompetansekrav som det er umulig å få virkeliggjort ved ikke å stille tilstrekkelige økonomiske ressurser til rådighet for kommunene. Et viktig tiltak som ut fra data synes å være forsømt, og som heller ikke koster penger kan være å finne synlige tiltak for verdsetting av sine ansatte. Helsepolitiske føringer legger stadig flere og mer komplekse oppgaver til kommunene. Kortere liggetid i sykehus, korttids plass på sykehjemmet, mer avansert pleie i hjemmene legger et stort faglig ansvar på pårørende og kommunehelsetjenestens utøvere. Hvor ofte hører høykompetente helsearbeidere at takket være deres dyktighet har denne utviklingen vært mulig? Hvor ofte oppfordrer arbeidsgiver sine ansatte til å søke videreutdanning, og støtter dem i planlegging og gjennomføring?

I data leser vi at det er ulik praksis i kommunene i forhold til kompetanseheving, men fortsatt kan det se ut til at enkelte arbeidsgivere ser på støtte til videre- og etterutdanning som en unødvendig utgift. Data forteller også om ulik praksis fra kommune til kommune når det gjelder å opprette spesialstillinger for spesialutdannet personale. 45 (67 %) av respondentene

forteller at slikt tilbud ikke finnes, og at lønnskompensasjon for utdanning er knyttet til normerte stillinger. Dette stemmer med funn fra Hatling og Høgsets undersøkelse (2000). Uten en mer synlig vilje og mulighet til å legge til rette for kompetanseheving blant annet i form av videre- og etterutdanning, og videre en organisering slik at kompetansen til fulle kan nyttegjøres, kan det i nær framtid oppstå et betydelig samfunnsproblem. Både videregående skoler og høgskoler opplever rekrutteringssvikt til helsefagutdanningene. Arbeidsgivere må ta innover seg en erkjennelse av nødvendigheten å gjøre arbeidsplassene attraktive for å holde dyktig helse- og omsorgspersonell på banen. Et realistisk mål kunne være å arbeide mot malen lagt av Nasjonalt Geriatriprogram, med to sykepleiere i geriatri i hver kommune/ omsorgssektor. Like viktig som å inneha kompetanse er å ha et faglig miljø å fungere i.

Utfordringer til Høgskolen i Gjøvik

Høgskolen har bedt om respondentenes tid, og er takknemlige for den informasjonsmengden de har gitt. Men det ligger en forpliktelse knyttet til denne informasjonen til å gi noe tilbake. Det ligger også en forpliktelse i de nasjonale plandokumenter til å ”til enhver tid sørge for den kompetanse som samfunnet trenger”, og ”ikke slippe taket i de uteksaminerte kandidatene” som var et av budskapene i Mjøsutvalgets innstilling (2000). Noen respondenter uttrykker eksplisitt sin takknemlighet over den kontakten de opplever å ha hatt med skolen i etterkant av videreutdanningen.

Materialet gir mange føringer, men ikke konkrete svar på hva høgskolen først og fremst skal gripe fatt i, og hvordan dette skal gjøres. Videre er utdanningsinstitusjonene bundet av de samme krav til budsjettansvar og økonomisk drift som resten av den offentlige sektor, noe som setter begrensninger for en del av de foreslåtte tiltakene.

Utfordringene kan sorteres i to kategorier,

- 1) utfordringer overfor arbeidsgivere
- 2) utfordringer overfor den enkelte helsearbeider

Utdanningssystemet og arbeidsgivere har et felles ansvar for kvalifiserte arbeidstakere til samfunnet. I forbindelse med handlingsplanen for eldreomsorg er kommunene pålagt å ha oppdaterte planer for helse- og sosialpersonell, og fylkene får statlige midler til oppfølging av planene. Så langt har nok mye av midlene vært brukt til ”å ruste opp fra bunnen”. Forsøk på markedsføring og fleksibel tilrettelegging fra høgskolens side har hittil ikke brakt de store

resultater. Kompetansereformen, studiesentra i regionene med muligheter for desentraliserte opplegg kan kanskje virke fremmende på samarbeidet. Noen av respondentene ønsker tilbud i nærheten av bostedet. Videre kan de nye reglene med muligheter for opptak i høgskole-systemet på grunnlag av realkompetanse bidra til at flere kan nyttegjøre seg tilbud fra høgskolen. Men en viktig melding fra respondentene er at det trengs en mer offensiv satsning overfor arbeidsgiverne. Samarbeidet må bedres. En mulighet kunne være at høgskolen kunne få tilgang til regionens handlingsplaner og la de spille med i planleggingen.

Overfor den enkelte helsearbeider ligger det samme kravet om informasjon om de tilbud som høgskolen til enhver tid har. Respondentene gir uttrykk for stor tilfredshet over ikke å være glemt. Det blir viktig å gjennomtenke hvordan det kan sørges for at informasjonen kommer tidligere studenter i hende? Personlig tilsendt brev, som hittil har vært benyttet, er dyrt og arbeidskrevende.

Og hvilke tilbud skal det satses på ut fra respondentenes mangfoldige forslag? Vi bør fortsatt tilby noen dagtilbud innen vårt satsningsområde. Her kan det sendes ut en samlet oversikt over kurstilbud en gang pr. år. Planlegging og gjennomføring av dette bør inngå som en fast arbeidsoppgave, og arbeidet må komme i gang nå.

Høgskolen har kompetanse til planlegge kortere vekttallkurs innen

-administrasjon og ledelse

-alderspsykiatri

-palliativ omsorg

Dette er tilbud som respondentene etterspør. Videre bør det fra høgskolens side arbeides med at tidligere studenter som ønsker en mastergrad i public health kan få noe av sin tidligere utdanning vurdert og godskrevet. Noen etterspør også årlig oppdatering på ny forskningsbasert kunnskap innen aldersdemens. Med god planlegging kunne kanskje dette samordnes med de faste studietilbudene? Eller også kunne det arrangeres et samarbeide mellom Høgskolen i Gjøvik og Kompetansesentret for aldersdemens om et ukekurs/helgekurs.

Høgskolen bør bestrebe seg på å kunne tilrettelegge for noen av de ønsker som er framkommet. Her er mye å ta fatt i.

Referanser

Butler, Robert N (1969) Ageism. London, The Gerontologist 1969

Christensen, Karen og Sturle Næss (1999). Kunnskapsstatus om de offentlige omsorgstjenestene. Bergen: Senter for omsorgsforskning

Det Kongelige sosial og helsedepartement: St.melding nr 28 (1999 – 2000). Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorg 2000

Det Kongelige sosial og helsedepartement: St.melding nr 34 (1999 – 2000). Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år.

Det Kongelige sosial og helsedepartement: Ot.prop nr 12 (1998 – 99). Om lov om pasientrettigheter

Hatling , Bente og Gunnar Lothe Høgset (2000). Videreutdanning i aldring og eldreomsorg for sykepleiere - hvor mange er de, hvor arbeider de, hvordan finansierer de studiet og hvilken status får de? Bergen, Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, rapport nr .2/00

Husebø, Bettina og Stein Husebø (2000). Får personer med demens smertelindring når de behøver det? Fra Demens . Vol. 4 nr 4 s 2 – 4.

Høgset, Gunnar (1998) Geriatri- bare for spesielt interesserte. Tidsskriftet Sykepleien nr 5/98.

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1998). Rammeplan og forskrift, Videreutdanning i aldring og eldreomsorg

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (2000). Rammeplan og forskrift, Sykepleierutdanning

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (2001) St.meld. nr 27 (2000 – 2001). Gjør din plikt – Krev din rett.

Kvale, Steinar (1997) Det kvalitative forskningsintervju. Oslo; Ad Notam Gyldendal

NOU 1997:25 (1997). Ny kompetanse Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk

Ofstad, Harald (1987) Vi kan ändra världen: hur bör vi ställa frogorna? Stockholm: Prisma

Sosial- og helsedepartementet (1997). St melding nr 50 (1996 – 97) Handlingsplan for eldreomsorgen Trygghet – respekt - kvalitet

Sosial- og helsedepartementet (1997). Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 1-13/97

Sosial- og helsedepartementet (1997). Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998 – 2001 Rett person på rett plass

Sosial- og helsedepartementet (1999) Rapport. Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner

Øgar, Petter og Otto Christian Rø (2000) Geriatri og samhandling i helsetjenesten. Nasjonalt geriatriprogram- oppsummering og tilbakeblikk. Skriftserie nr 2/00, Nasjonalt formidlingssenter i geriatri