

# Sluttrapport

## Felles kompetanseplan for skrøpelige eldre



Illustrasjon:  
Shutterstock

# Helsefellesskapet Østfold

31.05.2024

## INNHOOLD

<b>1.0 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET .....</b>	<b>2</b>
<b>2.0 ORGANISERING .....</b>	<b>2</b>
2.1 Prosjektperioden .....	3
2.2 Involvering og formidling.....	4
2.3 Økonomi .....	4
<b>3.0 EFFEKTMÅL OG RESULTATMÅL .....</b>	<b>5</b>
3.1 Effektmål:.....	5
3.2 Resultatmål.....	5
3.2.1 Kartlegging av kompetansebehov .....	5
3.2.2 Kartlegge eksisterende relevante kompetansetiltak .....	7
3.2.3 Utvikle nye kompetansetiltak med fokus på nettlæring, simulering og ferdighetstrening .....	7
3.2.4 Utvikle felles kompetanseplan for en av de fire sårbare pasientgruppene .....	8
3.2.5 Publisere og markedsføre planen på et egnet digitalt sted .....	8
3.2.6 Pilotere kompetanseplanene .....	8
3.2.7 Evaluere og justere planene etter innspill .....	9
<b>4.0 UTFORDRINGER OG SUKSESSFaktorER .....</b>	<b>9</b>
4.1 Suksessfaktorer.....	9
4.2 utfordringer .....	9
<b>5.0 VEIEN VIDERE .....</b>	<b>10</b>

### Vedlegg:

Resultater spørreundersøkelsen

Resultater intervjuer

## 1.0 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Felles kompetanseplan for «skrøpelige eldre» i Helsefellesskapet Østfold er utviklet gjennom samhandlingsmidler fra Helsefellesskapet og er et samarbeid mellom Sykehuset Østfold og tilhørende kommuner.

Formålet med å lage en felles kompetanseplan for helsepersonell som jobber med denne sårbare pasientgruppen er at pasienter og pårørende skal oppleve trygghet, forutsigbarhet og helhetlige forløp i helsetjenesten. Kompetansen og kvaliteten i møte med pasientene og deres pårørende skal være den samme på tvers av nivåer i helsetjenesten. Dette fordrer at helsepersonell innehar kunnskap om andre deler av pasientforløpet enn tjenesten de selv jobber i og ikke minst må vi jobbe etter samme visjon og ha en felles forståelse for hva de sårbare «skrøpelige eldre» trenger. Dette kan være ulikt andre sårbare pasientgrupper, derfor er det nyttig å samle kilder til kunnskap under en felles kompetanseplan som er spesielt for «skrøpelige eldre».

Kompetanseplan forstås i denne sammenheng å være en felles visjon og en felles ressurs der helsefellesskapet sammen har kartlagt og definert behovet for kompetanse. Det legges vekt på et kvalitetssikkert innhold som virksomhetene kan bruke i sine strategiske kompetanseplaner.

## 2.0 ORGANISERING

Prosjektet har bestått av en styringsgruppe, en prosjektgruppe og ressurspersoner fra kommunene i Helsefellesskapet.

<b>Prosjekteier:</b> Birgitte Skauen Kopperud, Portefølje -og utviklingsleder, Fredrikstad kommune	<b>Styringsgruppedeltakere:</b> Guro Steine Letting, Samhandlingssjef for kommune  Mette Bøhn Meisingset, fag- og kompetansesjef, Medisinsk og helsefag, Sykehuset Østfold  Anette Bjerknes, leder USHT  Wenche Halvorsen, etatssjef Fredrikstad kommune  Astrid Eri-Montsma, avdelingssjef geriatrisk og endokrinologisk avdeling  Birgitte Skauen Kopperud, portefølje- og utviklingsleder, Fredrikstad kommune (leder)  Anita Sletner, prosjektleder (sekretær)
---	---

<p><b>Prosjektleder:</b> Anita Sletner, sykepleier, Fredrikstad kommune</p>	<p><b>Prosjektgruppedeltakere:</b> Anne Britt Sande Gustavsen, virksomhetsleder hjemmesykepleien, Fredrikstad kommune</p> <p>Anne Høvik, Rådgiver, kommuneområde helse og velferd, Sarpsborg kommune</p> <p>Karen Kvale Saugstad, fag- og kompetanserådgiver, Sykehuset Østfold</p> <p>Linda Eikemo, Samhandlingsavdelingen, Sykehuset Østfold Ann Katrin Larsen Reinnel, Seksjonsleder Geriatrik og endokrinologisk avdeling Sykehuset Østfold</p> <p>Hanne Jacobsen, HTV - NSF, Fredrikstad kommune (Vara: Heidi Eriksen HTV-Fagforbundet)</p> <p>Anne Grethe Skjelbred, Fagskolen i Viken</p>
	<p><b>Ressurspersoner i Helsefelleskapet</b> Ingrid Marie Nøstvedt, Marker kommune Ina Blågestad, Indre Østfold kommune Nina Løkkevik, Moss kommune Anita Buer, Rakkestad kommune Ingrid Mette Sörvik, Halden kommune</p>
<p><b>Andre samarbeidspartnere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liv Halvorsrud, professor, Høgskolen i Østfold</li> <li>• Christina Huse Jøssund, Klinisk ernæringsfysiolog, Fredrikstad Kommune</li> <li>• Elin Kolberg Stene, Avansert Geriatrik sykepleier, Fredrikstad Kommune</li> </ul>	

Styringsgruppen har hatt 6 Teams-møter i løpet av prosjektperioden, der nær alle gruppe-medlemmene var tilstede på alle møtene. Å møtes på Teams har bidratt til at lite tid eller lang reisevei ikke har hindret deltakelse.

Prosjektgruppen hadde de første månedene to møter på Teams per måned, deretter møttes gruppa til workshops en gang i måneden. Teams-møtene har vært produktive og konstruktive, men gruppa så raskt nytten av workshops. Det at gruppa kunne møtes ansikt til ansikt forbedret både dynamikk og kreativitet. På den annen side har fysiske møter med varighet på 3 timer gjort at ikke alle har kunnet delta på alle møtene. Prosjektleder har alltid oppdatert hele prosjektgruppen i etterkant og tatt med alle innspill til drøfting.

Ressurspersoner i kommunene ble først tatt inn i prosjektet Mai 2023. Det var samhandlingskontaktene for kommunene som fikk i oppgave å utnevne en ressursperson med fagansvar i hver kommune. Noen kommuner responderte raskt og andre trengte mer tid. Noen kommuner hadde ikke mulighet til å utnevne ressursperson. Det har vært avholdt 2 Teams-møter med ressurspersonene, samt oppdateringer på prosjektets fremdrift via e-post.

## 2.1 Prosjektperioden

Prosjektet hadde i utgangspunktet et tidsperspektiv fra 1. november 2022 – 1. november 2023.

Det er brukt mye tid på utviklingen av spørreundersøkelsen og skissen for intervjuene, samt bearbeidelsen av resultatene. Prosjektet hadde dermed ikke mulighet til å oppfylle alle resultatmålene i denne perioden og prosjektets styringsgruppe besluttet 21. september 2023 å forlenge prosjektperioden med fire måneder, frem til 29. Februar 2024 og med et mål om å publisere kompetanseplanen i løpet av desember 2023.

Bearbeidningen av innholdet i temaene og den tekniske jobben med å legge inn tekst og læringsressurser på Kompetansebroen var tidkrevende. Målet om å publisere kompetanseplanen i løpet av desember 2023 ble til dels nådd, men det var fremdeles behov for bearbeidning av flere temaer og piloteringen og evalueringen ville også kreve mer tid. Styringsgruppemøtet 16. Januar 2024 besluttet å forlenge prosjektet ytterligere tre måneder, til 31. Mai 2024.

## **2.2 Involvering og formidling**

Spørreundersøkelsen, som ble gjennomført våren 2023, ble promotert ved både Fredrikstad og Rakkestads kommunale hjemmesider, samt ved aktuelle kanaler i sosiale medier for å nå ut til ansatte og lage engasjement rundt kartleggingen. Det ble gjort flere forsøk på å få til det samme i sykehuset, men fordi det kun var fire avdelinger med i kartleggingen ønsket de ikke å promotere dette for hele sykehuset. Sykehusets avdeling for kommunikasjon har i ettertid gjort et intervju med prosjektleder og prosjektets representant fra Kompetansebroen og publisert informasjon om det pågående prosjektet.

Prosjektet jobbet videre med å formidle arbeidet med kompetanseplanen ut til målgruppen i perioden mars-mai 2024. Prosjektleder deltok på Fredrikstad kommunes ELG (etatens ledergruppe), samt hatt innlegg om kompetanseplanen på møte med fagutviklingssykepleierne i Fredrikstad Kommune. Prosjektleder og prosjekteier har hatt teams-møte med ressurspersonene i kommunene og samsnakkert om hvordan planen kan anvendes ut i deres kommune.

Kompetanseplanen ble offisielt publisert på Kompetansebroen 29.05.24. Det er jobbet frem en felles tekst med bilde for promotering på Kompetansebroen og i kommunene i Helsefellesskapet Østfold. Teksten blir sendt til postmottak i aktuelle kommuner med oppfordring om å promotere kompetansepakken.

Prosjektet har gjennom prosessen blitt promotert og formidlet på følgende arenaer:

- Samhandlingsforum våren -23
- FSU juni -23
- Pasientsikkerhetskonferansen høsten -23
- FSU juni -24

## **2.3 Økonomi**

Det er mottatt 393.000 kr i Samhandlingsmidler. Disse midlene er benyttet over tre år fra oppstart 1. november 2022 til og med mai 2024.

I prosjektets oppstart var det budsjettert midler til honorar og frikjøp av ressurser. Da representantene i bl.a. prosjektgruppen ikke har hatt behov for frikjøp, har disse midlene blitt overført til frikjøp av prosjektleder og derved gitt mulighet for å utvide prosjektet slik at dette kunne ferdigstilles på en tilfredsstillende måte.

Regnskap oversendes etter prosjektavslutning.

## 3.0 EFFEKTMÅL OG RESULTATMÅL

### 3.1 Effektmål:

Prosjektets hovedmål er å utarbeide en felles plan for kompetanse for Helsefelleskapet Østfold, en plan for en av de fire sårbare pasientgruppene:

- **Skrøpelige eldre**
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Barn og unge
- Personer med flere kroniske lidelser

### 3.2 Resultatmål

Prosjektet skulle utarbeide en metode for å avdekke kompetansebehov både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det ble besluttet i styringsgruppa å i første omgang gjennomføre en spørreundersøkelse. Det var viktig å vite hva helsepersonellet selv mener de har behov for og på hvilke områder behovet for kompetanse er størst. I tillegg ble det besluttet å gjennomføre gruppeintervjuer basert på resultatene i spørreundersøkelsen.

#### 3.2.1 Kartlegging av kompetansebehov

##### *Spørreundersøkelse*

Spørreundersøkelsen, som er en kartlegging og ingen vitenskapelig studie, er laget i «Forms» og sammenfattet/tolket i Excel. Bakgrunnen for spørsmålene er gjort basert delvis på prosjektdeltakernes erfaringer i praksis, men i all hovedsak er det tatt utgangspunkt i studieplaner for sykepleierutdanningen, Fagskolen i Vikens studieplan for videreutdanning innen Sårbare eldre og forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Prosjektets deltakere har hatt muligheter til innspill gjennom hele prosessen, samt at spørreskjemaet er gjennomgått av professor Liv Halvorsrud ved HIØ. Spørreskjemaet er ikke validert eller kvalitetssikret ut over dette. Spørreskjema ble testet ut av en helsefagarbeider, en avdelingsleder, en samhandlingssykepleier og en fastlege før det ble distribuert ut.

Med hensyn til begrensninger ved prosjektets tid og midler, og for å ikke få et for stort rekrutteringsområde å følge opp valgte prosjektet i første omgang en stor og en liten kommune (Fredrikstad og Rakkestad), samt de 4 medisinske avdelingene som, basert på en statistisk oversikt, hadde flest innleggelses av eldre over 80 år gjennom 2022. Disse avdelingene var geriatrisk avdeling, alderspsykiatrisk avdeling, akuttmedisinsk avdeling og ortopedisk avdeling. I kommunene fikk alle avdelinger for somatisk langtid og somatisk korttid, skjermet langtid og skjermet korttid, alle soner i hjemmesykepleien, legevakt og fastleger, samt tildelingskontor/forvaltningsenhet invitasjon til å svare på spørreundersøkelsen.

Helsepersonell som var invitert i spørreundersøkelsen var sykepleiere, vernepleiere, avdelingsledere, sykehusleger, fastleger, sykehjemsleger og helsefagarbeidere. For å få innblikk i kompetansebehovet hos helsepersonell som jobber i alle ledd i pasientforløpet, valgte prosjektet også å inkludere helsesekretærer i sykehuset og saksbehandlere i kommunene. Det var videre et krav om at helsepersonellet som deltok i kartleggingen hadde helsefaglig utdanning, altså var ufaglærte ekskludert. I ettertid har prosjektet sett en brist ved valget om å invitere leger,

saksbehandlere og helsesekretærer til å delta i undersøkelsen. Tilbakemeldinger fra noen av disse deltakerne var at spørreskjemaet ikke opplevdes godt nok tilpasset de veldig forskjellige utfordringene og kravene disse helsepersonell-gruppene har i sin arbeidshverdag. Disse gruppene ble invitert inn fordi alle har viktige roller i samspillet og samarbeidet om gode tjenester til skrøpelige eldre. Prosjektet ser i retrospekt at det kunne vært hensiktsmessig å skille på disse helsepersonell-gruppene og i første omgang kun invitere ledere, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere.

## Resultater

De hyppigst rapporterte behovene for kompetanse i spørreundersøkelsen var behovet for økt kunnskap om;

- Akutt sykdom
- Legemiddelrelaterte problemer
- Forverring av kronisk sykdom
- Delir
- Kommunikasjon med pasienter med utagerende atferd
- Kommunikasjon med pasienter og pårørende fra andre kulturer
- Bruk av tvang
- Behandlingsavklaringer
- Bruk av SME-modellen i etisk refleksjon
- Lovverk tilknyttet velferdsteknologi
- Behandlingstilbud ved andre nivåer i tjenesten enn man selv jobber
- Elektroniske samhandlingsverktøy

Behovene ble rapportert som noe ulike mellom sykehus og kommuner på enkelte områder. Se vedlegg (1) for fullstendig oversikt over resultatene.

## *Intervjuer*

Det ble i august 2023 gjennomført 3 gruppeintervjuer. Alle kommuner med ressurspersoner for prosjektet var invitert til å delta, og kommunene som hadde mulighet til å sende representanter var Fredrikstad, Sarpsborg, Indre Østfold og Moss. Fra sykehuset var Alderspsykiatrisk, Nevrologi og slag, Geriatrisk og Hjertemedisinsk avdeling invitert, og avdelingene som hadde mulighet til å delta var Alderspsykiatrisk og Nevrologi og slag.

For kommunene som ikke hadde mulighet til å delta var det lang reisevei, samt bemanningsutfordringer i virksomhetene som var utfordringen. Avdelingene på sykehuset som ikke hadde mulighet til å delta var årsak først og fremst uforutsette bemanningsutfordringer.

Det ble gjennomført 3 gruppeintervjuer med 10 deltakere per intervju. Det første intervjuet bestod av ledere og de to siste intervjuene bestod av sykepleiere og fagsykepleiere. Hvert av intervjuene bestod av representanter fra både sykehus, hjemmesykepleie og sykehjem.

Det ble benyttet et interaktivt format på gruppeintervjuene med ambisjon om at det kunne bidra til kreativitet og engasjement fra alle deltakerne. Med en fordeling på tvers av arbeidssted, ble deltakerne satt i grupper på 3-4 personer.

Gruppene fikk et utvalg av temaer basert på resultatene fra spørreundersøkelsen. Gruppene fikk hver for seg velge ut de 6 temaene de der og da mente at helsepersonellet i helsefelleskapet hadde størst behov for kompetanseheving innen. Som ramme for diskusjonen skulle gruppene idemyldre og i stikkordsform besvare 6 spørsmål. Deltakerne besvarte så mange temaer som

mulig i løpet av 1 time, deretter ble de hyppigst valgte temaene i gruppene gjort til samtale og erfaringsutveksling for alle gruppene.

Tilbakemeldinger fra deltakerne var at denne metoden kunne oppleves noe stressende, det var mange temaer og spørsmål som skulle diskuteres på kort tid. Resultatene gir imidlertid en god og nyttig oversikt over muligheter, ressurser og utfordringer deltakerne opplever i sitt arbeid med skrøpelige eldre.

Se vedlegg (2) for oversikt over resultatene.

### 3.2.2 Kartlegge eksisterende relevante kompetansetiltak

Prosjektet har etterspurt hvilke kompetansehevingstiltak som benyttes i helsefelleskapet. Dette er for å kartlegge hvilke kompetansehevingsmuligheter som finnes og hvilke temaer relatert til skrøpelige eldre det kan mangle hensiktsmessige kompetansehevingstiltak.

Hyppigst nevnes;

- E-læring, blant annet gjennom Kompetansebroen, Visma Veilederen, Aldring og helse, KS-læring og NHI-kurs.
- Eldreomsorgens ABC og demensomsorgens ABC
- Nettverk om gode demensforløp
- Nettverk for palliasjon
- Nettverk for ernæring
- Deltakelse i faggrupper
- ProAct
- KlinObs Kommune
- Helsepersonell som motiveres til videreutdanninger
- Ressurspersoner og fagansvarlige som bredder ut kunnskap i virksomhetene

I SØ benyttes pasientsikkerhetsprogrammet til kompetanseheving og opplæringsmetode for «trygg utskrivning», «tidlig oppdagelse av forverret tilstand», samt forebygging av fall, underernæring, urinveisinfeksjoner og trykksår.

SØ nevner også bruk av kvalitetsgrupper for innsatsområder som god utskrivningsprosess, trykksår og fallskader. EK (Elektronisk kvalitetshåndbok) benyttes for kvalitetssikring av tjenestene.

I tillegg nevnes det flere godt forankrede tiltak for kvalitetssikring i oppfølgingen av eldre i kommunene, blant annet standardiserte prosedyrer og bruk av anbefalte verktøy innen fallkartlegging, ernæringskartlegging, observasjon og legemiddelsamstemming.

Flere virksomheter har ansatt Avansert Klinisk Allmennsykepleier og ser verdien av dette i arbeidet med skrøpelige eldre.

### 3.2.3 Utvikle nye kompetansetiltak med fokus på nettlæring, simulering og ferdighetstrening

Dette resultatmålet har ikke prosjektet hatt mulighet til å innfri innenfor prosjektets tildelte rammer. Prosjektet ser imidlertid behovet for utvikling av kompetansehevingstiltak direkte rettet mot pasientgruppen skrøpelig eldre. For å utvikle gode kvalitetssikre kompetansehevingstiltak krever derimot dette et bredere samarbeid og arbeid enn det prosjektets tildelte rammer har tillatt.



### 3.2.4 Utvikle felles kompetanseplan for en av de fire sårbare pasientgruppene

Innholdet i kompetanseplanen er basert på resultater fra gjennomførte intervjuer og spørreundersøkelse, prosjektdeltakeres erfaringsbaserte kunnskap om kompetansehull gjennom arbeid i praksis, utdanningsplaner for helsefaglige utdanninger, validerte anerkjente kartleggingsverktøy og eksisterende kompetansehevingstiltak i Helsefellesskapet.

Kvalitetssikringen av innholdet i kompetanseplanen har vært igjennom flere prosesser både når det gjelder lay-out på Kompetansebroen.no og selve innholdet. Det har vært et mål å skulle lage en lay-out med en pedagogisk struktur som er enkel og intuitiv å bruke. Etter utprøving av flere ulike forslag og basert på tilbakemeldinger fra prosjektmedlemmer og ressurspersoner i kommunene har prosjektet besluttet at planen, slik den ser ut i dag, er den versjonen som er mest oversiktlig og enklest å manøvrere. Temaene er valgt ut basert på resultater av spørreundersøkelsen og intervjuene prosjektet har gjennomført, samt kunnskap om kompetansebehov vi allerede besitter. Innholdet i hvert tema er valgt ut med et krav om at kilden skal være kvalitetssikker og flere av temaene er forankret i Helsedirektoratets Nasjonalfaglige råd. Det har videre vært nødvendig for kvalitetssikringen å begrense antall lenker i hvert tema, slik at lenkene viser til minst mulig likt innhold.

Det er benyttet anerkjente kompetanseportaler til e-læring, videoer og andre kompetansehevingsressurser. Blant annet er Norsk kompetansesenter for Aldring og helse og Kompetansebroen.no benyttet som hovedressurs i flere av temaene. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), «I trygge hender 24/7», NHI og Oslo universitetssykehus er også lenket til flere ganger.

Prosjektet har fått bistand av Klinisk Ernæringsfysiolog Christina Huse Jøssund i arbeidet med temaet «ernæring. Avansert Geriatrisk sykepleier Elin Kolberg Stene har bistått med råd i temaene «Demens» og «Utfordrende atferd hos eldre».

### 3.2.5 Publisere og markedsføre planen på et egnet digitalt sted

En felles plan for kompetanse i helsefellesskapet er utviklet og gjort tilgjengelig på Kompetansebroen Østfold, som er et egnet og nøytralt felles digitalt sted.

### 3.2.6 Pilotere kompetanseplanene

Kompetanseplanen er publisert og ligger tilgjengelig for målgruppen. Medlemmer i prosjektet og ressurspersoner formidler planene ut til sine virksomheter. Piloteringen og utprøvingen gjøres fortløpende og på den måten som er mest hensiktsmessig for den enkelte virksomhet. Det formidles ut til målgruppen, som en anbefaling, at kompetanseplanen knyttes til arbeidet med strategiske kompetanseplaner som gjøres i hver enkelt virksomhet og kommune.

Kompetanseplanens innhold kan benyttes i sin helhet eller som en ressursbank for utvalgte temaer virksomhetene til enhver tid har fokus på gjennom opplæringsplaner og/eller årshjul. Virksomhetene i helsefellesskapet har ulike utfordringer og behov. Det gjør at en felles detaljert og rigid plan med stramme rammer kan føre til redusert anvendelse og etterlevelse.

Målgruppen for kompetanseplanen er ledere og fagansvarlige på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til pasientgruppen «skrøpelige eldre».

Studenter og helsepersonell kan med fordel benytte kompetanseplanen som en ressursbank i sin kliniske arbeidshverdag. Det anbefales dog at planen forankres hos ledere og fagansvarlige for en systematisk kompetanseheving i virksomheten.

Utdanningsinstitusjoner anbefales å bruke kompetanseplanen som en ressurs ettersom innholdet utgjør en helhetlig pakke av kvalitetssikre kompetansetiltak, verktøy, videoer, fagartikler og nasjonale råd.

### 3.2.7 Evaluere og justere planene etter innspill

Kompetanseplanen skal være en levende og dynamisk ressurside og på den måten vil den bli kontinuerlig justert og oppdatert. Blant annet vil det komme stadige nye nasjonale råd, samt nye kompetansehevingstiltak, e-læringskurs, webinarer, podcaster og annet innhold som fordrer at nettressursen har hyppige justeringer. Etter prosjektets slutt er det Kompetansebroen Østfold som har ansvar for dette.

Et konkret innspill som er formidlet til prosjektet er at emnekortene (Topic-cards) bør organiseres med en mer systematisert og logisk rekkefølge. Det er også gitt tilbakemelding på at emnekortet «Observasjons – og vurderingskompetanse» manglet informasjon om KlinObs Kommune. Dette ble lagt til. Det er videre gitt tilbakemeldinger på at formatet og lay-out'en på Kompetansebroen er lett anvendelig, intuitivt og pedagogisk bygget opp.

## 4.0 UTFORDRINGER OG SUKSESSFaktorER

### 4.1 Suksessfaktorer

Prosjektgruppen og styringsgruppen har vært godt sammensatt med deltakere fra ulike nivå i helsetjenesten og med erfaring fra ulike fagområder. Flere av prosjektgruppens deltakere kjente hverandre ikke, likevel var samarbeidet godt fra start. Workshops gjorde at gruppen fikk en enda bedre dynamikk, og stimulerte til enda mer produktivitet og kreativitet enn ved Teams-møtene. Alle i gruppa har gjennomført tildelte oppgaver og vært aktive i diskusjoner og utformingen av kompetanseplanen.

Deltakerne i prosjektet er enige om at tematikken har vært lett å engasjere seg i, prosjektet har også møtt interesse og engasjement blant ledere og helsepersonell i hele helsefelleskapet.

### 4.2 Utfordringer

Det har vært en utfordring i prosjektet at dette er den første felles kompetanseplanen i helsefelleskapet. Prosjektet har dermed ikke hatt referanser eller erfaringer som kunne bidratt til å styre retningen og veien har blitt til mens vi har gått. Dette har krevd mye tid og vi har støtt på flere blindveier.

En annen utfordring er at dette er det første prosjektet som prosjektleder har ledet. Læringskurven har vært bratt og det kan være at det ville vært hensiktsmessig for effektiviteten og kvaliteten om prosjektet hadde blitt ledet av en erfaren prosjektleder.

Prosjektet hadde et mål om å lage en felles kompetanseplan med like føringer og rammer for alle virksomhetene i helsefelleskapet. Ved tilbakemeldinger fra blant annet ressurspersoner har det blitt klart underveis at behovene i helsefelleskapet er for ulike. Å lage en rigid og detaljert plan kunne gjøre etterlevelsen vanskelig. Det prosjektet i midlertid har gjort er å kartlegge og definere behovet for kompetanse og samlet læringsressurser. Vi har enes om et kompetansebehov. Dette vil bli brukt som et utgangspunkt i helsefelleskapet når det skal lages strategiske kompetanseplaner i hver virksomhet.

Deltakelsen på workshops har vært god, men ettersom reiseveien er lang for flere og møteplanene ofte er fulle har det vært utfordrende å samle alle prosjektmedlemmene. Det har

gjort at endringer og forskyvninger av tidspunktene for samlingene har vært gjort mange ganger. Det har vært et mål at alle deltok på hver samling, men noen workshops har vært gjennomført med 3-4 medlemmer. Alle prosjektmedlemmene har fått oppdatering i etterkant av samlingene og mulighet for innspill og påvirkning.

En annen utfordring er at spørreskjema og intervjuetoden ikke er validert. Det finnes ikke et allerede utprøvd og egnet spørreskjema som prosjektet kunne benytte. I etterkant av spørreundersøkelsen ser man at det er noen spørsmål som ble stilt som prosjektet ikke har hatt bruk for, samt at det mangler spørsmål om blant annet behovet for kompetanse innen syn og hørsel. Det var også for mange muligheter for å svare i fritekst, det gjorde at prosjektet ikke hadde mulighet til å gå igjennom alle svarene.

Prosjektet har etterspurt ressurspersoner i alle kommunene i helsefellesskapet. Det er imidlertid ikke alle kommuner som har svart på henvendelsen eller har hatt mulighet til å utnevne ressursperson for prosjektet. Dette kan hindre eierskap og forankring av planen i alle kommunene i helsefellesskapet.

En utfordring som har gjort det krevende for prosjektet å samle gode og kvalitetssikre læringsressurser er at de ulike kommunene og sykehuset benytter forskjellige læringsportaler til kompetanseheving. Prosjektet har hatt ønske om å benytte Visma Veilederen som nett-læringsressurs i flere av temaene, i midlertid benytter ikke sykehuset og flere kommuner denne læringsportalen. Det må også nevnes at Kompetansebroen.no i minst mulig grad ønsker å linke til innloggingsportaler som krever spesielle avtaler og tilgang fra arbeidsgiver.

Prosjektet har videre fått tilbakemeldinger fra ressurspersoner om at kommunene stiller krav til at ansatte som tar kurs må få kursbevis og at dette registreres og blir synlig for lederne. Dette savnes ved bruk av Kompetansebroens e-læringskurs.

Tid har vært en sårbar faktor i prosjektet. Det er brukt mye ressurser på kartlegging, noe som har gått ut over tiden til promotering, utprøving og evaluering. Kompetanseplanen vil riktignok alltid ha behov for oppdateringer og justeringer, slik at et helt ferdig resultat ikke er å tilstrebe. Planen vil være levende og Kompetansebroen vil være ansvarlig for å oppdatere planen ved for eksempel nye føringer og nasjonale råd.

## 5.0 VEIEN VIDERE

Prosjektet avsluttes, men arbeidet for kompetanseheving og økt kunnskap om den sårbare gruppen skrøpelige eldre fortsetter. Det er en kompleks pasientgruppe som krever at helsepersonell har bred kunnskap. Spesielt viktig ser vi er samhandlingen som skjer på tvers av nivåer og informasjonsoverføring mellom behandlere. For å få til dette mener prosjektet at det bør utvikles både felles rutiner og kompetansehevingsmuligheter som ivaretar dette behovet. Prosjektets forslag:

- Felles sjekklister for informasjonsoverføring mellom nivåer. Kunnskap om hva som er viktig for mottakeren.
- Enkle tilganger til nødvendig informasjon om virksomhetene i kommunene. Uten for mange klikk. En QR-kode for kommunene med direktelink til viktig og oppdatert informasjon om de ulike tjenestene?
- Kombinerte stillinger mellom kommuner og sykehus for å forene og gjøre gapet mellom nivåene smalere.

- Systematisk og rullerende hospitering på tvers av nivåer
- Etablering av verktøyet i prosjektet «Hva er innafor» i helsefellesskapet

Prosjektets erfaringer med å lage en kompetanseplan eller ressursbank bør benyttes i det videre arbeidet med å lage kompetanseplaner for de andre sårbare pasientgruppene. Ved å ta med seg både suksessfaktorene og utfordringene prosjektet har erfart kan utformingen av lignende kompetanseplaner gjøres gjennom en mer effektiv prosess.