



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Oppland

Lene Fossbråten, USHT Oppland

KOMPETANSEMODELL FOR ANSATTE MED MINORITETSBAKGRUNN



GJØVIK KOMMUNE



**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**

Oppland

INNHold

Forord	4
Sammendrag	5
1.0 Bakgrunn	6
1.1 Bakgrunn i sentrale styringsdokumenter	6
1.2 Bakgrunn i forutgående prosjekter	9
2.0 Prosjektets hensikt og mål	10
3.0 Organisering og samarbeidspartnere	11
3.1 Organisering	11
3.2 Samarbeidspartnere	11
4.0 Økonomi	13
5.0 Planlegging og gjennomføring av prosjektet	13
5.1 Planlegging	13
5.2 Utpøving i to kommuner i Gjøvikregionen	14
5.3 Samlet kurs for Gjøvikregionen	16
5.3.1 Utdanningsforberedende kurs i helsefag	16
5.3.2 Kurs om samarbeid med og veiledning til kollegaer med minoritetsbakgrunn	17
5.4 Drøfting av videre plan	18
5.5 Kartlegging av antall deltakere i utdanning til helsefagarbeider	18
6.0 Evaluering, v. Laila tingvold	20
Metode og fremgangsmåte/fokusgrupper	20
Deltagere i kursene	22
Individuelle intervjuer	23
Etikk	23
Før kursstart: Sykehjem og hjemmetjenester er nye konstruksjoner	24
Ønske om å bety noe for andre	26
De første utfordringene	27
Forventninger til kurset	35
Etter kurset og deltagelse underveis	35
Intervjuene med ledere	44
Diskusjon av resultater	50
7.0 Oppsummering	53
8.0 Konklusjon	54
9.0 Spredningsarbeid	55
10.0 Referanseliste	56
Vedlegg	58
Kompetansemødel for ansatte med minoritetsbakgrunn	58
Kursplan, Utdanningsforberedende kurs i helsefag	63
Intervjuguide, deltakere i forkant av Utdanningsforberedende kurs i helsefag	64
Intervjuguide, deltakere i etterkant av Utdanningsforberedende kurs i helsefag	66
Intervjuguide ledere	69

FORORD

Kompetansemødel for ansatte med minoritetsbakgrunn er siste prosjektet i en lengre prosjektrekke fra 2014 under Helsedirektoratets tilskuddsordning «Rekruttering av fremmedspråklige til helsefagarbeider».

Det rettes en stor takk til alle som på ulike måter har bidratt i prosjektarbeidet både i dette og i de forutgående prosjekter.

Sluttrapportens evaluering, kapittel 6.0 er utarbeidet av Laila Tingvold, Senter for Omsorgsforskning Øst. Meselu Taye Kebede og Silje Sveen fra Senter for Omsorgsforskning Øst har bidratt med datainnsamling til evalueringen.

SAMMENDRAG

Prosjekt «Kompetansemodell for ansatte med minoritetsbakgrunn» har vært en videreføring av prosjektene «Yrkesrettet språkopplæring i helsearbeiderfag», 2014-2015 og «Rekruttering av fremmedspråklige til helsefagarbeider», 2015-2017.

Bakgrunn for prosjektet var nasjonale utfordringer i at det utdannes for få helsefagarbeidere i forhold til framtidig behov. Mange med minoritetsbakgrunn arbeider i omsorgstjenesten og om lag halvparten av dem er ufaglærte. Det er stort behov for å rekruttere disse til helsefaglig utdanning. Fra de to forutgående prosjekter er det utarbeidet en modell, Kompetansemodell for ansatte med minoritetsbakgrunn. Modellen skal bidra til å styrke og motivere til utdanning til helsefagarbeider. I dette prosjektet ønsket vi å prøve ut og implementere modellen i de fem kommunene i Gjøvikregionen.

Prosjektet er ledet av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oppland (USHT Oppland). Styringsgruppa har vært den regional ledergruppa i Helse og omsorg, Gjøvikregionen. Prosjektgruppa har vært representert ved NAV, voksenopplæring/læringssentre og ReKs (Regionalt kompetansesamarbeid) i Gjøvikregionen, sammen med prosjektleder USHT Oppland. Kursleder til kurs for minoritetsspråklige var innleid via Karriere Oppland Gjøvikregionen. Senter for Omsorgsforskning Øst har vært faglig veileder og ansvarlig for evaluering.

Prosjektet var planlagt for to år, og ble igangsatt med midler fra Helsedirektoratets tilskuddsordning «Kvalifisering av fremmedspråklige til helsefagarbeider». Tilskuddsordningen opphørte underveis, og omfang ble derfor komprimert og fullført med overgangsmidler. Det er erfart å lykkes bedre med gjennomføring i den største kommunen for alle fem kommunene i Gjøvikregionen, framfor å gjennomføre i hver og en kommune. Det er for ansatte med minoritetsbakgrunn gjennomført to kurs. Det er i tillegg gjennomført kurs om å samarbeide med og veilede kollegaer med minoritetsbakgrunn.

Evaluering og kartlegging med minoritetsspråklige i etterkant av prosjektet viser tydelig behov for egen opplæring for ansatte med minoritetsbakgrunn, og at Utdanningsforberedende kurs i helsefag har motivert og styrket målgruppen til å utdanne seg til helsefagarbeider. Intervjuer med ledere synliggjør behov for økt kunnskap om å lede og drifte flerkulturell stab der ansatte har ulike utgangspunkt for å gjøre en god jobb.

1.0 BAKGRUNN

1.1 Bakgrunn i sentrale styringsdokumenter

Melding til Stortinget nr. 26, «Fremtidens primærhelsetjeneste –nærhet og helhet» sier at «*God kompetanse er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester*». (Meld. St. 26).

Stortingsmelding 25, "Mestring, muligheter og mening –Framtidas omsorgsutfordringer" har vist til demografiske endringer i samfunnet som medfører at andelen ansatte i helse- og omsorgssektoren vil være lavere enn det behovet tilsier i årene framover. (St.meld. 25). At dette utgjør en stor utfordring i nærliggende framtid er gjentatt i Melding til Stortinget nr. 26, og Omsorg 2020, Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Det påpekes her at om lag 25 % av årsverkene i brukerrettede omsorgstjenester består av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Analyser og framskrivninger viser at kommunene vil stå overfor utfordringer med å skaffe tilstrekkelig og kompetent bemanning i tjenestene i årene framover. Helsefagarbeidere er en personalgruppe som i dag utgjør en av de største utdanningsgruppene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det er blant annet denne yrkesgruppen det vil være betydelig underdekking av. (Meld. St. 26 og Omsorg 2020).

Melding til Stortinget nr. 26 presiserer at tjenestenes kvalitet er avhengig av ansattes kvalifikasjoner, kunnskaper og holdninger. Melding til Stortinget nr. 10, «God kvalitet –trygge tjenester, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten» er en av flere som omtaler brukernes behov som stadig mer komplekse og omfattende, og at det med dette stilles større krav til kompetanse. Tjenesten er sårbar uten tilstrekkelige kvalifikasjoner hos ansatte (Meld.St.10, 16 og St.meld. 47). Med en underdekking av blant annet helsefagarbeidere står de kommunale helse- og omsorgstjenestene overfor kompetanse- og personellmessige utfordringer som har betydning både for kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet. Det ligger utfordringer både i å ha nok arbeidskraft og riktig kompetanse. (Meld. St. 26).

Omsorg 2020 sier at for å sikre bærekraftige og gode tjenester er det viktig å rette fokus på faglig omstilling og heving av faglig nivå (Omsorg 2020). I henhold til melding til Stortinget nr. 13, «Utdanning for velferd» er voksne er den viktigste rekrutteringskilden til helsearbeiderfaget. Samtidig er det nedgang i antall voksne som begynner på utdanningen. Frafall og manglende rekruttering er en av flere årsaker til at det utdannes for få helsefagarbeidere (Meld.St.13).

Utdanning, rekruttering og kompetanseutvikling er generelt viktige faktorer i å nå målene i samhandlingsreformen og for å skape en bærekraftig utvikling i helse- og omsorgstjenesten (Meld.St.16 og St.meld. 47). Gjennom aktiv rekruttering, tilstrekkelig utdanningskapasitet og opplæring av ansatte uten fagutdanning, kan andelen ansatte uten utdanning gradvis reduseres (St.meld. 25).

I kommuner med høy andel innvandrerbefolkning er det mange med minoritetsbakgrunn som arbeider i omsorgstjenesten. Omlag halvparten av dem er ufaglærte. Flere har helsefaglig utdanning fra sitt hjemland, mens mange har opparbeidet betydelig praksiserfaring. (Meld. St. 13 og St.meld. 25). Stortingsmelding 25 viser til et stort behov for at denne gruppen gis tilbud om opplæring/ tilleggsutdanning med sikte på norsk autorisasjon som helsepersonell, i hovedsak som helsefagarbeidere. (St.meld.25).

Et flerkulturelt samfunn stiller nye krav innen helse- og velferdstjenestene. Pasienter og brukere med minoritetsbakgrunn utgjør en stadig økende gruppe. For å kunne tilby denne gruppen en reelt likeverdig helsetjeneste, må ansatte i helse- og omsorgstjenesten ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om innvandreres helse. Melding til Stortinget nr. 26 påpeker at helse- og omsorgspersonell har for lite kunnskap om innvandrergruppers helse, sykdomsforståelse, risikofaktorer og om sammenhengen mellom migrasjon og helse. Det er også barrierer knyttet til skriftlig og muntlig helseinformasjon og tilrettelegging av tilgang til tjenester. (Meld. St. 26). Melding til Stortinget nr. 13 påpeker at det generelt er behov for å bygge opp bedre kompetanse i flerkulturell forståelse innenfor helse- og velferdssektoren. (Meld.St.13). Melding til Stortinget nr. 26 sier at styrking av kompetanse kan gjøres gjennom systematiske tiltak som ikke bare øker og utvikler kompetansen til eksisterende personell, men som også utnytter bedre den kompetansen som allerede finnes. Nåværende og framtidige helsefagarbeidere kan med sin språk- og kulturkompetanse være en ressurs i dette. (Meld. St. 26). Av denne grunn er det også av betydning å rekruttere flere med minoritetsbakgrunn til utdanning innen helse og omsorg. Omsorg 2020 viser til hovedmålene i Melding til Stortinget nr. 29, morgendagens omsorg. Å ta i bruk de ressurser som finnes hos ansatte med minoritetsbakgrunn er i tråd med ett av hovedmålene i Melding til Stortinget nr. 29, og som også omtales i Omsorg 2020: *«Få kunnskap om, lete fram, mobilisere og ta i bruk de samlede omsorgsressursene i samfunnet på nye måter»*. (Meld. St. 29 og Omsorg 2020).

Frafall i utdanningen, blant annet som følge av stryk er generelt en av årsakene til at det utdannes for få helsefagarbeidere (Meld. St. 13). En kan anta at dette i enda større grad vil gjelde minoritetsspråklige i utdanning. Helsearbeiderfaget innehar mange begrep og formuleringer som ikke hører til i ordinær norskopplæring. Å lære seg språket som brukes i helsearbeiderfaget i tillegg til grunnleggende norskopplæring kan være krevende for mange med minoritetsbakgrunn. Melding til Stortinget nr. 26 sier at for å rekruttere og beholde ansatte må oppfølging av ansatte settes bedre i system. Kommunene må bli en mer attraktiv praksisarena og arbeidsplass. (Meld. St. 26). En kompetansemodell som har til hensikt å støtte og motivere minoritetsspråklige til utdanning antas å være et sentralt tiltak for å rekruttere og beholde ansatte med fagkompetanse. Dette vil på sikt bidra til flere helsefagarbeidere og styrket kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Gjøvikregionen har omlag 70 000 innbyggere. Gjøvik kommune er den største, med omlag 30 000 innbyggere. Det føres ikke oversikt over hvor mange ansatte i omsorgssektoren som er av fremmedspråklig bakgrunn. Imidlertid kjenner vi til at andelen innvandrerbefolkning har økt i Gjøvik og nærmet seg nivået for landet, utenom Oslo. Andelen yngre innvandrere ligger noe høyere i Gjøvik enn for landet, utenom Oslo. (Nøkkeltallshefte 2016 for Gjøvik kommune). Yngre innvandrere representerer en nåværende og framtidig ressurs i arbeidslivet, deriblant innen helse- og omsorgssektoren. En økende andel innvandrerbefolkning og kjennskap til at mange av disse arbeider innen helse- og omsorgssektoren, tilsier at det i Gjøvikregionen vil være behov for en kompetansemodell for ansatte med minoritetsbakgrunn.

Hvert fylke har fra 1. januar 2017 ett utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Gjøvik kommune er vertskommune for USHT i Oppland. Utviklingssentrene skal bidra til å spre ny kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. Utviklingssentrene har en nøkkelrolle i utvikling av fremtidsrettede omsorgstjenester. Det er et stort behov for å spre og implementere ny kunnskap og nye løsninger i helse og omsorgssektoren. Utviklingssentrene 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 i sitt fylke. Gjøvik kommune er vertskommune for USHT i Oppland. USHT Oppland er drivkraft i egen kommune og pådriver for de andre kommunene i fylket.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er omtalt i Omsorg 2020, som viktige pådrivere for økt kunnskap og kvalitet i omsorgstjenesten, blant annet gjennom fokus på fagutvikling og kompetanseheving. (Omsorg 2020). Prosjekt der en prøver ut og implementerer en

modell som skal bidra til økt kvalifisering av fremmedspråklige til helsefagarbeider, er således i tråd med vårt oppdrag og våre satsningsområder.

1.2 Bakgrunn i forutgående prosjekter

USHT Oppland, tidligere Haugtun Utviklingssenter for sykehjem, Gjøvik kommune har tidligere mottatt midler til to prosjekter i tilskuddsordningen «Kvalifisering av fremmedspråklige til helsefagarbeider». Prosjektene «Yrkesrettet språkopplæring i helsearbeiderfag» og «Rekruttering av fremmedspråklige ansatte til helsefagarbeider» har begge vært samarbeidsprosjekter mellom USHT Oppland, Karriere Oppland Gjøvikregionen, Gjøvik Læringssenter og NAV.

Det er gjennom de to prosjektene utarbeidet kurset «Yrkesrettet språkopplæring i helsearbeiderfag» for minoritetsspråklige uten relevant utdanning, og som har et ansettelsesforhold i helse og omsorg i Gjøvik kommune. Kursets navn er i etterkant endret til «Utdanningsforberedende kurs i helsefag». Kurset har gjennom ulike tema fokus på helsefaglige begrep og kulturforståelse i det å arbeide i helse og omsorg i Norge. Kursets hensikt er å motivere og styrke målgruppen til å utdanne seg til helsefagarbeider. Kursdeltakerne har hatt en kollega som kontaktperson i den perioden kurset har pågått. For kontaktpersonene har det vært gjennomført kurs om samarbeid og veiledning til kollegaer med minoritetsbakgrunn. Begrepet kontaktperson er i etterkant endret til fadder.

Begge prosjekt med sine tiltak har vært en stor suksess med god måloppnåelse. Erfaringene har ledet fram til utarbeiding av Kompetansemøll for ansatte med minoritetsbakgrunn. Modellen er særegen i at den innehar mulighet for både tverrsektorielt og interkommunalt samarbeid om målgruppen. Modellen har fått positiv respons i Markedsmøte hos NAV og ble særlig etterspurt hos Læringssenter og NAV i en av kommunene i Gjøvikregionen. Modellen ble lagt fram for regional ledergruppe i helse og omsorg, og det ble der forankret et prosjektsamarbeid for å implementere modellen i Gjøvikregionens fem kommuner Gjøvik, Østre Toten, Vestre Toten, Søndre Land og Nordre Land.

2.0 PROSJEKTETS HENSIKT OG MÅL

Hovedmål for prosjektet:

- Styrket kvalitet for pasienter og brukere av kommunens pleie- og omsorgstjenester gjennom økt tilgang på kvalifiserte helsefagarbeidere

Delmål for prosjektet:

- Det er etablert et regionalt og tverrsektorielt samarbeid om kompetanseheving for minoritetsspråklige ansatte som arbeider i helse og omsorg, og som er uten relevant utdanning
- Det er etablert kontaktperson for minoritetsspråklige i avdelinger i helse og omsorg i de fem kommunene i Gjøvikregionen.
- Kurset Yrkesrettet språkopplæring i helsearbeiderfag er gjennomført for minoritetsspråklige i Gjøvikregionen, som arbeider i helse og omsorg
- Kurs om samarbeid og veiledning til kollegaer med minoritetsbakgrunn er gjennomført for ansatte i helse og omsorg i Gjøvikregionen
- Kurset yrkesrettet språkopplæring i helsefag har bidratt til å styrke og motivere minoritetsspråklige til å gjennomføre utdanning til helsefagarbeider
- Modellen er implementert i Gjøvikregionens fem kommuner som et rullerende kurstilbud.

Det gjøres oppmerksom på endringer på navn og begrep i etterkant av at mål i foreløpig prosjektbeskrivelse ble formulert. Dette gjelder tittel på kurset «Yrkesrettet språkopplæring i helsearbeiderfag», som nå heter «Utdanningsforberedende kurs i helsefag». Videre er begrepet «kontaktperson» erstattet med «fadder»

3.0 ORGANISERING OG SAMARBEIDSPARTNERE

3.1 Organisering

Prosjekteier: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oppland, (USHT Oppland)

Prosjektansvarlig: Målfrid Schiager, tjenesteleder, USHT Oppland

Prosjektleder: Lene Fossbråten, fagkonsulent, USHT Oppland

Styringsgruppe:

Styringsgruppa har bestått av den regionale ledergruppa for Helse og omsorg, med representanter fra hver av de fem kommunene i Gjøvikregionen.

Prosjektgruppe:

I tillegg til prosjektleder ved USHT Oppland, har prosjektgruppa bestått av ReKs-koordinator Gjøvikregionen, tiltakskoordinator Nav Gjøvikregionen og voksenopplæringssjef i en av kommunene, som representant for læringssentre og voksenopplæring i Gjøvikregionen.

3.2 Samarbeidspartnere

ReKs

ReKs er et regionalt kompetansesamarbeid på tvers av kommunegrensene i Gjøvikregionens fem kommuner. ReKs består av representanter fra hver av kommunene, en representant fra USHT Oppland og en koordinator for det regionale samarbeidet. To ganger i året publiseres kursprogram for ansatte i helse og omsorg. Innholdet i kursene skal dekke nyheter,

tjenestestedenes oppgitte behov, kommunenes kompetanseplaner, lovpålagte kurs og nasjonale føringer for opplæring.

NAV

NAV følger opp minoritetsspråklige i arbeidspraksis. NAV har i prosjektgruppa deltatt med tiltakskoordinator Gjøvikregionen.

Voksenopplæring/ læringssentre

De fem kommunene i Gjøvikregionen er ulikt organisert i forhold til voksenopplæring for minoritetsspråklige. I alle kommuner holdes kurs i norsk og samfunnsfag for innvandrere, slik at de skal få reelle muligheter til likestilling, deltakelse og integrering i det norske samfunnet. Noen av kommunene har egne kurs for de som kan tenke seg å arbeide i helse og omsorg.

Voksenopplæringssjef i Vestre Toten har deltatt i prosjektgruppa som representant for voksenopplæring og læringssentre i de fem kommunene.

Karriere Oppland, Gjøvikregionen

Karriere Oppland, Gjøvikregionen tilbyr blant annet karriereveiledning og videregående opplæring for voksne, deriblant for fremmedspråklige og innen helsearbeiderfag. Karriere Oppland har vært innleid med kursleder.

Senter for Omsorgsforskning Øst, NTNU

Senter for omsorgsforskning er utnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet og etablert i Nord-Norge, Midt-Norge, Vestlandet, Sørlandet og Østlandet. Sentrene utgjør et nasjonalt nettverk som koordineres fra Gjøvik. Senterets mandat er å samle, produsere og formidle kunnskap om omsorg og omsorgsarbeid. Senter for omsorgsforskning er en sentral samarbeidspartner for USHT. De har vært tilgjengelig for veiledning i prosjektet, og har vært innleid til gjennomføring av evalueringsarbeid. Førsteamanuensis Laila Tingvold har hatt hovedansvar for evalueringen og har utarbeidet evalueringsrapporten som er sluttrapportens kapittel 6.0. Forsker Meselu Taye Kebede og PhD-stipendiat Silje Sveen har bidratt med datainnsamling til evalueringen.

4.0 ØKONOMI

Til prosjektet ble det søkt og mottatt midler gjennom Helsedirektoratets tilskuddsordning Kvalifisering av fremmedspråklige til helsefagarbeider. Da tilskuddsordningen opphørte fra januar 2018, fikk prosjektet etter søknad tildelt overgangsmidler fra Aldring og Helse. Prosjektet har i tillegg stor grad av egenfinansiering.

5.0 PLANLEGGING OG GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET

5.1 Planlegging

Tverrsektorielt og interkommunalt samarbeid

På bakgrunn av erfaringer fra de to forutgående prosjekter, var prosjektet opptatt av å etablere tverrsektorielt samarbeid innad i og på tvers av kommunene i Gjøvikregionen. I de tidligere prosjektene har tverrsektorielt samarbeid vært en suksessfaktor.

Framfor å etablere egne arbeidsgrupper i hver kommune, så vi det som mer hensiktsmessig å benytte allerede eksisterende regionale samarbeidsfora. Gjøvikregionen har allerede et etablert regionalt kompetansesamarbeid ReKs. I tillegg har Nav et regionalt samarbeid med tiltakskoordinator for minoritetsspråklige. Disse, sammen med en representant for voksenopplæring/læringssentre for de fem kommunene ble knyttet sammen i prosjektgruppa, der hver og en fikk ansvar innenfor sitt felt som kontaktperson og formidler ut i hver av kommunene for å sikre informasjon, samarbeid og etter hvert implementering av modellen i hver av kommunene. Prosjektgruppa representerte modellens samarbeidsfora. Tanken var at dette samarbeidsfora skulle videreføres i etterkant av prosjektet med årlige samarbeidsmøter for å samhandle om modellen og drøfte behov for eventuelle endringer.

Det ble utarbeidet en plan med felles struktur for kombinasjon av utprøving og implementering i hver av de fem kommunene. Dette ble planlagt for en periode på om lag 1,5 år. Det ble avklart rekkefølge for hver av de fem kommunene og med en plan om videre rulling i etterkant av

prosjektperioden. I de to forutgående prosjekter var modellens kurs gjennomført i Gjøvik kommune. Det ble derfor bestemt å gå inn i hver av de andre kommunene først.

Informasjon

Modellen var på forhånd ikke kjent i de fire øvrige kommunene i Gjøvikregionen. Derfor ble det innledningsvis sendt ut informasjon per mail til alle ledere i helse og omsorg, Nav og voksenopplæring/læringssentre i de fem kommunene om modellen og prosjektet. Det ble samtidig informert om at prosjektet ville invitere seg ut i hver enkelt kommune for informasjon og dialog i forkant av utprøving i deres kommune.

Ett av elementene i modellen er at avdelinger i kommunehelsetjenesten skal ha en fadder for ansatte med minoritetsbakgrunn. Prosjektets styringsgruppe, den regionale ledergruppa påpekte at dette ikke kunne pålegges avdelingene, men understreke at fadderordning var ønskelig og viktig. I utsendt informasjon ble det derfor oppfordret til å påbegynne etablering av fadderordning for de som ikke allerede hadde dette.

5.2 Utprøving i to kommuner i Gjøvikregionen

I første del av gjennomføringen inviterte prosjektet seg ut til informasjonsmøter i de to første kommunene, i forkant av oppstart. I hver av disse ble det gjennomført ett møte med avdelingsledere i helse og omsorg, og ett møte med ledere og relevante veiledere i Nav og læringssentre. På informasjonsmøtene ble det informert om prosjektet og modellen. Det ble hos avdelingsledere i helse og omsorg, og hos Nav og læringssenter etterspurt gjennomførbarhet av kurs i kommunen med hensyn til antall minoritetsspråklige ansatte uten relevant utdanning. I tillegg ble avdelingsledere i helse og omsorg oppfordret til opprettelse av faddere.

På informasjonsmøter og i telefonsamtaler i etterkant med avdelingsledere i helse og omsorg ble det jevnt over erfart liten interesse for fadderordning, men at enkelte avdelingsledere så på dette som viktig og sørget for dette i sin avdeling. De avdelinger som dette gjaldt, hadde etablert fadderordning i forkant av prosjektet.

Invitasjon til Utdanningsforberedende kurs i helsefag ble sendt ut via avdelingsledere i helse og omsorg, til Nav og til læringssenter i begge kommuner. Disse ble bedt om å videreformidle til ansatte med minoritetsspråklige og bistå dem med søknaden dersom det var behov for det. Kurset var i tillegg publisert i ReKs sitt halvårslige kursprogram, på facebook og med digital lenke for enkel søknad. Selv om kurset skulle holdes i en kommune, var personer i målgruppa fra de andre kommunene også velkomne til å søke.

Utdanningsforberedende kurs i helsefag i den første kommunen

I den første av de to kommunene kom det svært få søknader. Prosjektgruppa og ReKs-kontakter i kommunen gjorde derfor ekstra innsats i å minne om kurset og etterspørre om aktuelle kandidater på mail og i dialog med avdelingsledere, blant annet ved å ringe rundt til hver og en av dem, og ved nye henvendelser til Nav og læringssenter. Det ble også gjort ekstra henvendelse til de øvrige kommunene i Gjøvikregionen. Med utsatt frist og mye innsats fikk kurset etter hvert ti søkere og det ble besluttet å gjennomføre kurset.

I tillegg til bekreftelse på mail, ble søkerne kontaktet på telefon i forkant av opptakssamling for å sikre forstått beskjed om oppmøte og agenda for opptakssamlingen. På opptakssamlingen ble søkerne vurdert i forhold til norskspråklige ferdigheter for å kunne ha nytte av kurset. Samtlige fikk plass på kurset. Imidlertid sluttet tre deltakere tidlig i forløpet. En var kommet inn på grunnskoleopplæring og ønsket å prioritere det, to valgte av private årsaker å slutte. Av de som fullførte hele eller deler av kurset, var fire deltakere ansatt i Østre Toten kommune, to i Søndre Land kommune, og en for tiden uten ansettelsesforhold.

Kursleder ble sykemeldt ved oppstart av kurset og gjennomførte derfor kun de to siste av av de ti samlingene. Det ble innleid vikar som hadde ansvar for fem av samlingene. Øvrige tre samlinger tok prosjektleder ansvar for selv. Alle kursledere har pedagogisk og helsefaglig utdanning og flere års erfaring med undervisning innen helsefag. Kursets temaplan ble fulgt. Det ble erfart stort engasjement på samlingene. For de fleste var det godt oppmøte.

Kursbevis ble utdelt ved deltakelse på alle ti samlinger. Dette gjaldt kun en av deltakerne. De øvrige fikk tildelt bekreftelse på gjennomførte samlinger. Det ble orientert om mulighet til å gjennomføre gjenstående samlinger på senere kurs i annen kommune for å få tildelt kursbeviset.

Samtlige gav uttrykk for at de ønsket dette og det ble avtalt at de skulle få tilsendt informasjon om påmelding til dette.

Utdanningsforberedende kurs i helsefag i den andre kommunen

Fordi det var erfart utfordringer med rekruttering i den første kommunen, vurderte vi å slå sammen utprøving for den neste kommunen sammen med en kommune til. Det ble derfor på informasjonsmøter i denne kommunen særskilt etterspurt antall aktuelle kandidater. Fra avdelingsledere i helse og omsorg ble det anslått ti personer som kunne være aktuelle for kurset. I informasjonsmøte for Nav og læringssenter ble det også gitt uttrykk for flere relevante kandidater. Ut fra dette følte vi oss sikre på å fylle opp et kurs alene i denne kommunen og planla ut fra dette. Imidlertid uteble påmeldinger. Som for den første kommunen ble det brukt mye tid og ressurser på å forsøke å rekruttere deltakere til Utdanningsforberedende kurs i helsefag gjennom flere mailhenvendelser og telefoner. Fra helse og omsorg ble det påmeldt kun en person. Læringssenteret hadde seks kandidater som gjerne ønsket å delta på kurs. Disse var imidlertid ikke i målgruppa, da de fleste kun hadde vært noen få dager i praksis i helse og omsorg tidligere og ikke lenger var tilknyttet noen avdeling. Det kom heller ingen påmeldinger fra de øvrige kommunene. Med kun en deltaker i målgruppa måtte kurset derfor avlyses.

5.3 Samlet kurs for Gjøvikregionen

Underveis i prosjektet opphørte tilskuddsordningen. Prosjektet fikk tildelt midler i en overgangsfase, men måtte komprimere prosjektet. På bakgrunn av dette og erfaringer med rekrutteringsutfordringer i de mindre kommunene, kom prosjektet raskt fram til konklusjon om å heller gjennomføre kurs samlet for hele Gjøvikregionen og holde disse i Gjøvik kommune.

5.3.1 Utdanningsforberedende kurs i helsefag

Invitasjon gikk ut til målgruppen i hele Gjøvikregionen, via avdelingsledere, til Nav og læringssentre. I tillegg bidro Karriere Oppland med å formidle invitasjon direkte til sine elever som kurset var relevant for. Uten øvrige tiltak fikk kurset nok søkere. Alle som møtte til opptakssamling

fikk delta videre på kurset. En deltaker trakk seg etter første samling. To deltakere fikk plass i etterkant av oppstart. Den ene av disse fortalte at han ikke hadde fått informasjon om kurset fra sin leder, men hadde fått høre om det av en annen deltaker. Han møtte opp og spurte om han kunne få lov til å være med fordi han ønsket å lætr. Totalt hadde kurset 13 deltakere, hvorav fire fra Gjøvik kommune, en fra Østre Toten kommune, fem fra Vestre Toten kommune og to fra Søndre Land kommune. En deltaker var i språktreningspraksis i SIHF. I tillegg deltok fem tidligere kursdeltakere fra kurset i Østre Toten på enkelttema som de manglet for å få kursbevis.

Kurset ble ledet av ny kursleder. Denne har helsefaglig og pedagogisk utdanning og mange års erfaring med undervisning innen helsefag. Det ble for denne sørget for innføring om kurset og dialog underveis med prosjektleder.

Det har vært godt oppmøte og stort engasjement på samlingene. 10 av 13 ordinære deltakere møtte til samtlige samlinger og mottok kursbevis. Av tidligere deltakere som manglet enkelttema, mottok alle kursbevis.

5.3.2 Kurs om samarbeid med og veiledning til kollegaer med minoritetsbakgrunn.

Kurs om samarbeid med og veiledning til kollegaer med minoritetsbakgrunn var opprinnelig ment for faddere. Med få faddere og fordi kursets tematikk er relevant for alle ansatte i helse og omsorg som har kollegaer med minoritetsbakgrunn, var det besluttet å invitere alle ansatte i helse og omsorg i Gjøvikregionen. Kurset ble i god tid publisert i ReKs sitt halvårslige kursprogram og gjennom Facebook. I tillegg ble kursplakat sendt via ReKs på mail til alle ansatte. Informasjon om kurset, med oppfordring til deltakelse ble sendt på mail til alle ledere i helse og omsorg i Gjøvikregionen.

Påmeldinger uteble og det ble vurdert å avlyse kurset. Påminning om kurset ble sendt ut via ReKs-kontaktene i kommunene og vi kunne til slutt gjennomføre kurset, men med kun fem deltakere, hvorav to fra Gjøvik kommune og tre fra Østre Toten kommune. Til kurset var innleid kursleder fra Nordre Land kommune som er ansatt i helse og omsorg og som har hatt ansvar for et tidligere prosjekt med oppfølging av minoritetsspråklige i språktreningspraksis. Kurset omhandlet tema om kulturelle ulikheter, muligheter og utfordringer i et flerkulturelt arbeidsmiljø, samt å veilede kollega med annen språklig og kulturell bakgrunn. I tillegg informerte prosjektleder

om erfaringer fra prosjektrekkens kurs med minoritetsspråklige, hva det er viktig å være oppmerksom på som kollega til minoritetsspråklige. Det var satt av tid til dialog og drøfting av ulike problemstillinger, men det ble erfart varierende engasjement.

5.4 Drøfting av videre plan

Med erfaringer i utprøving som ble gjort, måtte prosjektet erkjenne utfordringer i å implementere modellen i sin helhet og i hver av kommunene slik det først var tenkt. Det har vært svært gode erfaringer med Utdanningsforberedende kurs i helsefag, og det var derfor ønskelig å se på hvordan vi kunne videreføre dette. Kombinasjon av rekrutteringsutfordringer og at kurset har en utgiftspost i innleie av kursleder ledet fram til en plan om i stedet å legge inn enkelt-tema fra kurset inn i det regionale kursprogrammet som enkeltstående 2-3 timers kurs for ansatte med minoritetsbakgrunn. Det ble foreslått ett, evt. to kurstema per halvår, ledet av interne ressurser framfor innleie av kursleder. I tillegg til markedsføring av kurs gjennom ReKs sitt digitale kursprogram, ble det foreslått å spre informasjon om kurs til Nav og voksenopplæring via prosjektgruppas representanter i etterkant av prosjektet, slik at de kan formidle videre innen sine nettverk. På denne måten videreføres et tverrsektorielt samarbeid. Tematikk om samarbeid med og veiledning til kollegaer med minoritetsbakgrunn vil kunne knyttes inn som del av kurs om veiledning generelt for alle ansatte. Etablering av faddere vil være en avgjørelse som ligger hos ledere.

5.5 Kartlegging av antall deltakere i utdanning til helsefagarbeider

I avslutning av prosjektet som er det siste i prosjektrekken er det gjort en kartlegging hos tidligere kursdeltakere i forhold til status for utdanning til helsefagarbeider. Totalt 50 personer har deltatt og fullført Yrkesrettet språkopplæring i helsearbeiderfag eller Utdanningsforberedende kurs i helsefag siden 2015 og fram til i dag. Det er i dette ikke tatt med de som sluttet tidlig i kurset. Det ble sendt ut mailhenvendelse og sms til alle tidligere deltakere. Da de færreste gav tilbakemelding, ble de fleste kontaktet over telefon. Det har lyktes å komme i kontakt med og få tilbakemelding av 46 deltakere.

Status for utdanning til helsefagarbeider for 46 tidligere deltakere viser at 4 tidligere deltakere nå har fagbrev som helsefagarbeidere. 5 er ferdige med utdanning, men gjenstår å ta fagprøven. 16 er i utdanning til helsefagarbeider, mens 14 ønsker å gjennomføre dette i nær framtid. Kun 3 har sluttet eller tatt pause og 4 ønsker ikke å bli helsefagarbeider.

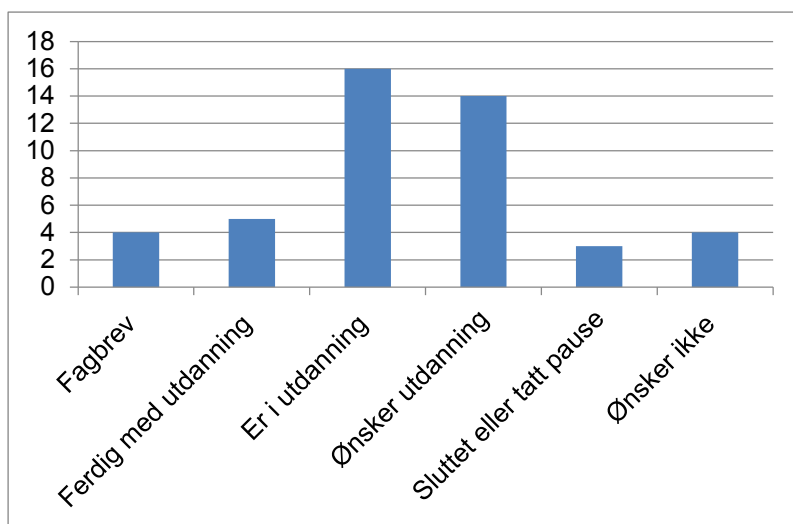


Fig 1: Fordeling i antall, status utdanning til helsefagarbeider av 46 forespurte

Flere av de tidligere deltakerne forteller om få og sjeldne vakter som en stor utfordring i nå målet om å bli helsefagarbeider. Noen forteller også at de i flere år har stått i kø for å komme inn på utdanning til helsefagarbeider. Det bemerkes at noen forteller at de har gitt opp ønsket om å bli helsefagarbeider.

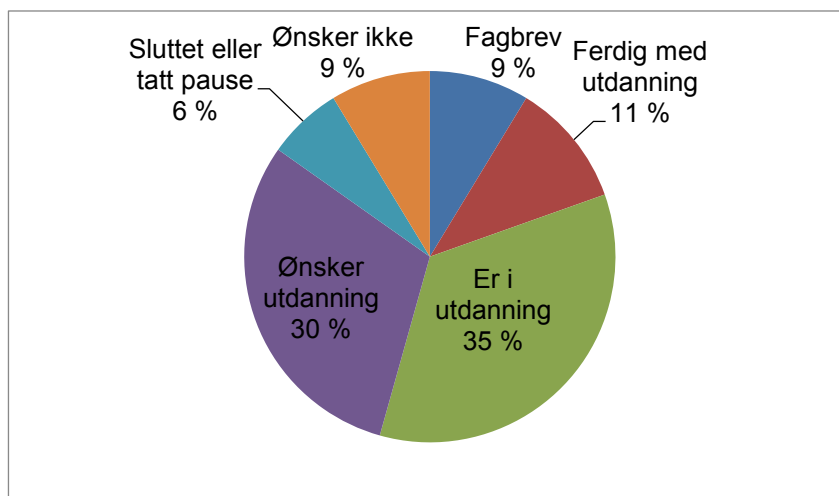


Fig.2: Prosentvis fordeling for utdanning til helsefagarbeider av 46 forespurte

6.0 EVALUERING, V. LAILA TINGVOLD

Evalueringen av Kompetansemodellen ble gjennomført av Senter for omsorgsforskning øst med bidrag fra tre forskere. To av de tre forskerne hadde også ansvaret for å evaluere pilotprosjektet som foranlediget kurstilbudet som er utformet i Kompetansemodellen. Evalueringen har bestått av tre momenter:

- Møter og intervjuer med USHT i forhold til organiseringen og gjennomføringen av Kompetansemodellen.
- Fokusgrupper med deltagere før og etter deltagelse i to kursene som ble gjennomført.
- Kvalitative intervjuer med ledere på ulike plan innen helse- og omsorgssektoren i de fem kommunene som prosjektet ble gjennomført i.

Nedenfor presenteres først valg av metode og vurderinger omkring gjennomføring av evalueringen. Deretter følger resultater fra fokusgruppene før og etter de to gjennomførte kursene. Etterpå presenteres resultatene fra intervju med ledere. Kapittelet avsluttes med en diskusjon av samlede resultater.

Metode og fremgangsmåte/fokusgrupper

Ulike strategier for å evaluere prosjektet ble diskutert. Det var ønskelig å finne svar på om tilbudet av et skreddersydd kurs for ansatte med minoritetsbakgrunn ville få denne gruppen til å ta mer formell utdanning. Et av målene med prosjektet var at: *«Kurset skal bidra til å motivere og styrke minoritetsspråklige til å gjennomføre utdanning i helsefag»*.

Valget av metodisk tilnærming falt på fokusgrupper. I evalueringen av en tidligere utgave av kurset for samme målgruppe i 2016, kom det frem at deltagerne opplevde en del utfordringer ved å jobbe i helse- og omsorgssektoren. Mange hadde vanskeligheter med å beskrive opplevelsene sine av å jobbe med omsorg, og vi erfarte at samtaler i grupper fungerte godt for å få frem deltagerens refleksjoner. Vi oppnådde en god gruppe dynamikk i fokusgruppene. Dette hjalp deltagerne å sette ord på egne tanker og opplevelser.

Det finnes relativt lite kunnskap om dette feltet fra før og vi ønsket beskrivelser av erfaringer og opplevelser som deltagerne hadde fra før og etter kurs. Målet med fokusgrupper er velegnet nettopp til å få frem deltakernes erfaringer, oppfatninger, følelser, holdninger og ideer om et utvalgt tema (Puchta & Potter, 2004).

Forskerne utarbeidet på forhånd en semi-strukturert tematisk guide med åpne overordnede spørsmål etterfulgt av underordnede tema. Fokusgruppeintervjuene har hatt en uformell form, med mulighet for at deltakerne kan komme med egne tema og innspill. Fokusgruppene ble åpnet med at deltakerne fikk presentere seg og snakke løst og fast om omsorg og omsorgsykket. På denne måten la vi til rette for en god og trygg atmosfære. Etter innledende runde der alle deltagerne fikk si litt, ledet moderator diskusjonen inn på de temaer som var skissert i guiden.

Moderatorene tilstrebet hele tiden at diskusjonene skulle være åpne nok til at deltakerne kunne utveksle erfaringer og kommentere hverandres synspunkter. Moderatoren skiftet tema når deltakerne hadde gitt uttrykk for sine oppfatninger eller når samtalen stilnet av. Én utfordring med fokusgrupper er å finne balansen i gruppen mellom og blande seg så lite som mulig hvis deltagerne selv er veldig aktive (Puchta & Potter, 2004). Samtidig skal moderatoren sørge for at samtalen holder seg til fokusgruppens emne, og vurdere om eventuelle nye emner som dukker opp i løpet av fokusgruppen skal sløyfes eller forfølges videre (Malterud, 2012). Moderator skiftet på å la ordet gå fritt og la deltageren snakke etter tur for å skape en god gruppedynamikk der alle kunne komme til orde. Gruppedynamikken - at folk responderer på hverandres innspill - er det som gir fokusgrupper sin egenart (Puchta & Potter, 2004).

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på samme sted som kurset ble avholdt. Alle deltagerne ble forespurt om intervjuet kunne tas opp på bånd. Moderatorene forklarte at personlige opplysninger som kan tilbakeføres til deltagerne ikke ville bli transkribert. Alle deltagerne godtok innspilling av intervjuene.

Etter gjennomlesning av det transkriberte materialet, ble det foretatt en kvalitativ analyse ut fra de temaene som kom opp. Sitater som illustrerer viktige funn er benyttet under og bringer frem deltagerens stemmer. Alle navn, steder, yrkesbakgrunn, eller andre personidentifiserende opplysninger er slettet eller anonymisert.

Deltagere i kursene

I sammensetning av gruppene tok vi hensyn til deltagernes alder, kjønn, hjemland, arbeidssted og morsmål. Vi forsøkte bevisst å ha mest mulig differensierte grupper. Deltagere som jobbet på samme sted, kom fra samme land eller språkgruppe ble, så langt det var mulig, plassert i hver sine grupper.

Resultatene under rapporterer fra to kurs som er avholdt i tidsrommet januar – desember 2018. Det ble for hver av de to kursene avholdt to fokusgrupper før kurset og to grupper etter kurset. I fokusgruppene før oppstart av kurset møtte ti deltagere i det første kurset og elleve deltakere i det andre. Ved avslutning møtte 9 deltagere fra det første kurset og 13 fra det siste. For det siste kurset hadde det kommet til ytterligere to deltagere underveis i kurset. Til sammen for de to kursene har vi snakket med 23 deltagere.

Det var fra 4-7 deltagere i hver av fokusgruppene. Deltagerne kom fra land i Afrika, Asia, Midtøsten og Øst Europa. Den eldste deltageren var 51 år gammel og den yngste var 23 år. Det var tre menn og øvrige deltagere var kvinner. Alle hadde forskjellig fartstid i sykehjem og hjemmetjeneste som varierte fra noen måneder til flere år. Noen av deltagerne hadde utdanning fra sine hjemland. Dette varierte fra tekniske utdanninger på høyskolenivå, til helsefaglige utdanninger på sykepleie og assistentnivå. To hadde utdanning innen laboratoriearbeid, én innen økonomi og én innen reiseliv. De øvrige deltagere hadde varierende grunnskole utdanning fra sine hjemland. De som hadde utdannelse fra sine hjemland kunne fortelle innledningsvis om vanskelighetene de hadde med å få godkjent tidligere utdanning, kvalifikasjoner og kurs her i Norge. Et par av deltagerne følte seg resignert over å møte motstand for å få utdanningene godkjent, og de hadde vanskeligheter med å forstå hvorfor det tok så lang tid å få orden på gjenværende kurs for å få endelig godkjent utdanning. Disse deltagerne hadde bekjente med lignende utdanning som var bosatt i andre skandinaviske land, og disse hadde fått godkjent sine utdanninger mye raskere. Mens et par av deltagerne beskrev oppgavene de hadde hatt i arbeidslivet i hjemlandet som nokså like med hvordan dette utøves i Norge, beskrev andre deltagere store forskjeller i praksis og innhold.

Hensikten med fokusgruppene før oppstart av kurset, var å få kunnskap om deltagernes erfaringer fra arbeidsforhold i den kommunale omsorgstjenesten før de ble introdusert for temaene i kurset. Vi ønsket å få innsikt i opplevelser og erfaringer med ulike arbeidsoppgaver,

arbeidsmiljø, samarbeid med brukere av omsorgstjenester, pårørende, kollegaer og ledelse. Videre ble det intervjuet omkring forventninger til kurset som deltageren hadde meldt seg på, og til samtale omkring kursdeltageres ønsker for videre arbeidsdeltagelse og formell kvalifisering i sektoren.

I fokusgruppene etter kurset, ble det intervjuet om, og i hvilken grad deltagerne var fornøyd med kurset, organiseringen og tilretteleggingen av undervisning. Underveis uttrykte deltagerne synspunkter og egenvurderinger av hva som var nytt for dem, og hvordan kurset hadde påvirket dem i deres arbeidsforhold. Alle kursdagene ble gjennomgått systematisk med tema og deltagerens vurdering av innhold og aktualitet.

Individuelle intervjuer

Det ble gjennomført fem kvalitative dybdeintervjuer med ledelse innen helse og omsorg i de fem kommunene som deltok i prosjektet. I forkant ble det utarbeidet en semi-strukturert intervjuguide (vedlegg) som berørte følgende momenter: ledernes opplevelse av kurstilbudet, ledernes syn på kompetanseheving for målgruppen, kommunes egne tiltak i forhold til opplæring, samt samarbeid i kommunene internt omkring kompetansehevende tiltak.

To intervjuer ble gjennomført ved personlig oppmøte på lederens kontor, mens tre intervjuer ble gjennomført over telefon av praktiske årsaker. Intervjuene varte mellom 35 og 55 minutter. Etter samtykke med informantene ble tre av intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. To intervjuer ble gjennomført uten opptak, og notater fra disse ble nedskrevet umiddelbart etter intervjuet. Intervjuene ble diskutert mellom de tre forskerne og analysert.

Etikk

Evalueringen ble innmeldt til NSD og tilrådd for gjennomføring (prosjektnummer 58532). Det ble utarbeidet en skriftlig informasjon til kursdeltagerne som forklarte hensikten med evalueringen og tidsbruk. I skrevet fremgikk det tydelig at det var frivillig å delta, og at deltagerne stod fritt til å trekke seg underveis i intervjuet om de ønsket det. Det ble også beskrevet at deltageres

samtykke/ikke samtykke til å delta, ikke ville få konsekvenser for deres deltagelse i kursene i «Kompetansemodellen».

Før kursstart: Sykehjem og hjemmetjenester er nye konstruksjoner

Etter at hver deltager hadde fått presentert seg i fokusgruppene før kurset, penset intervjuet over på omsorg i lys av ulike kulturer. Et par av deltagere hadde sykehjem i sine hjemland, og beskrev at dette var nokså vanlig for eldre som hadde god økonomi. Disse sykehjemmene ble beskrevet som fine og de ble benyttet av velstående personer som hadde tilknytning i større byer. To andre deltagere beskrev at de hadde noe som lignet sykehjem i sine hjemland, men at dette i hovedsak var et tilbud for eldre som ikke hadde familie til å ta seg av dem. Disse sykehjemmene ble beskrevet som svært triste og et tilbud til eldre som var i nød.

Mange av deltagerne hadde ingen referanserammer fra tidligere om sykehjem. Noen av deltagerne fortalte fra sine hjemland at de organiserte «hjemmetjenester» innad i familien for eldre slektninger som trengte det. Én deltager fortalte om hvordan bestemoren ble ivaretatt:

«En dag er hun [bestemor] hos min tante, deretter hos en kusine. Vi har alltid en plan for hvordan vi flytter henne rundt. Er alle slektninger opptatt, spør vi naboer eller folk som bor i landsbyen. Jeg vet ikke helt hvor mange som skifter på å hjelpe henne, men det er mange! Jeg har stor familie. Vi tar en uke hver! Det er mange som er hjemme og som kan komme. Jeg har for eksempel 8 søsken! Hvis de åtte er opptatt, ringer vi til tanter, onkler, kusiner, og så har jeg mist åtte tanter også. Tantene er pensjonister så de kan bare komme å passe på».

Noen av deltagere syntes det var stor overgang å komme til Norge og se at så mange eldre bodde for seg selv. Spesielt fremhevet deltagere som jobbet i hjemmetjenestene at de opplevde det som trist med eldre hjemmeboende i Norge og at denne gruppen har lite besøk. Dette hadde motivert den ene deltageren til å søke utdanning for å hjelpe denne gruppen tjenestemottagere:

«Jeg synes det er trist for de som bor alene hjemme. Jeg har en gang møtt en mann i rullestol. Jeg skulle bare varme mat til ham, men han har ingen kontakt ellers... Det synes jeg er veldig trist. Derfor har jeg bestemt meg å jobbe som helsefagarbeider».

Flere av deltagerne synes det var vanskelig å se at eldre er så ensomme i Norge. Noen satte ord på at de syntes samholdet mellom generasjonene er sterkere i deres hjemland. Én deltager påpekte:

«Når flere generasjoner bor i nærheten av hverandre, omgås de lettere og hjelper hverandre mer. Det er mange gamle som er ensomme her i Norge. De er mange som har barn, men barna passer ikke på foreldrene sine ... Ja det er sjokkerende for meg».

Noen av deltagerne opplevde det som en stor overgang å komme til Norge og oppleve hvordan samfunnet er organisert her. I gruppene diskuterte deltagerne ulike sider ved samfunn der både kvinner og menn er yrkesaktive, og at det er nødvendig å ha sykehjem når både menn og kvinner er i arbeid utenfor hjemmet. Noen av deltagerne syntes allikevel at det er uverdigg å sende sine foreldre på sykehjem og hevdet at det ville være utenkelig i egne hjemland. Det kunne føre til baksnakkelser eller stigmatisering. Én deltager sa:

«Jeg har min mor her, men uansett så skal hun ikke på sykehjem. Jeg er den eneste og den beste til å ta vare på henne. Ikke andre! Jeg skal ikke sette bort moren min der uansett hva slags oppmerksomhet hun skal trenge, så hun blir hos meg... Jeg lurte på om våre barn gjør dette mot oss da vi blir gamle. Min datter er 10 år nå, men jeg håper, tror og ber om at hun ikke setter meg på institusjon når jeg blir gammel!»

Utover at flere av deltagerne opplevde at mange eldre i Norge er ensomme, syntes flere av deltagerne at dagene for de eldre i sykehjem var ensformige. Noen av deltagerne hadde reagert på at de eldre ikke kom seg ut og fikk luft. Noen fortalte om kollegaer i sykehjem som ikke tilbød å ta med de eldre ut. De syntes det var svært travelt i sykehjem og dette følte deltageren var trist:

«Mange som jobber på sykehjem tar ikke med beboeren ut. De [beboerne] sitter inne og inne og inne. Pleieren har ikke tid til å ta dem med. De ansatte gav meg jobber og fortalte hele tiden hva jeg skulle gjøre, men så til slutt spurte jeg om jeg kunne få ta med meg beboeren ut. Jeg synes at pleierne burde spørre mye mer om hva de gamle ønsker. For eksempel om de vil ut. Jeg spurte og det viste seg at mange ville ut!»

Noen av deltagerne syntes at maten burde ha vært bedre. Én deltager hadde vært med på matombringing i begynnelsen, og ble sjokkert over all brødmaten som ble servert. Hun sa:

«Brødsdskive og kaffe til frokost! Brødsdskive og kaffe til lunch! Brødsdskive og kaffe til kveldsmat! Dette er da ikke mat? De burde få ordentlig mat. Det er mennesker vi snakker om, selv om de er gamle».

Noen av deltagerne beskrev at de hadde endret synspunkt på sykehjem og hjemmetjenester etterhvert som de hadde jobbet i sektoren. Flere påpekte at det var mange gode mennesker som jobbet i tjenestene og at de gjør en god jobb for å passe på de eldre. Det ble også fremhevet at eksistensen av sykehjem muliggjorde kvinners arbeidsdeltagelse.

Ønske om å bety noe for andre

Én viktig motivasjonsgrunn for å ønske å delta i kurset og jobbe med omsorg i fremtiden, var den gode følelsen av å være viktig for noen. Det å kunne hjelpe mennesker som trengte omsorg gav en følelse av å bli satt pris på som varmet godt. Én deltager hadde blitt overbevist over at hun ville jobbe i sykehjem etter å ha følt takknemlighet fra beboere som hun hadde hjulpet:

«Jeg kommer hjem fra jobben og er så glad! Og jeg tenkte på henne ... [en beboer] som takket meg så mye for det jeg hadde gjort for henne den dagen. Hun [beboeren] sa: «Å, jeg er så glad i deg» ... så det... det betyr mye for meg.. det å bety noe for andre».

Flere deltagere sammenlignet det å jobbe med eldre med å ta vare på eldre i hjemlandene. Flere beskrev et ønske om å hjelpe mennesker og gi omsorg til de som trenger som givende:

«Og jeg ønsker å jobbe som helsefagarbeider fordi det er min drøm... jeg liker å jobbe med gamle folk, jeg synes det er koselig med gamle folk og fordi jeg også har en bestemor og en bestefar»

En annen sa det slik: *«...når jeg jobber, jeg tenker det samme som om det er bestefaren og bestemoren min»*

Allikevel så var ikke det like lett å jobbe med alle typer beboere, og heller ikke alle situasjoner deltagere følte seg like mye satt pris på av beboere.

De første utfordringene

På grunnlag av at de kommunale omsorgstjenestene var nye for deltagerne, var det flere som beskrev at de var ukjente med oppgavene da de begynte å jobbe i sykehjem og hjemmetjeneste. De var usikre på hva som skulle gjøre, hvordan ting skulle gjøres og i hvilken rekkefølge ting skulle gjøres. Mange var usikre på hvem de kunne henvende seg til for spørsmål, og hvilke forventninger de andre ansatte hadde til dem. Én deltager sa:

«Første gang jeg kom der og jobbet i sykehjem, så var jeg redd. Jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre for å gjøre det riktig».

Flere beskrev i tillegg språkproblemer og at det var vanskelig å lære seg godt norsk. Dette var en vedvarende utfordring for mange. Alle deltagerne kunne fortelle at de hadde opplevd situasjoner med misforståelser i kommunikasjon med enten kollegaer, beboere eller pårørende. Dette handlet både om manglende språkkunnskaper, men også om å forstå en oppgaveinstruks og hvilke konkrete handlinger som lå bak. Ett eksempel på det sistnevnte er en deltager som hadde fått beskjed om å *«ta ned gardinene på stua»*. Hun hadde hverken hengt opp eller tatt ned gardiner tidligere, og visste ikke hvordan hun skulle gå frem.

Utover å forstå og kunne kommunisere på norsk, følte mange seg ytterligere utfordret av å forstå dialekt. Flere nevnte at de ble både overrasket og noen ganger fortvilet over å måtte lære nye ord for ting de trodde de visste hva het fra før. Én deltager følte at hun måtte lære seg to nye språk; først norsk og deretter «Totenspråk»:

«Jeg skriver rapport ... jeg skrev ikke i dag, men ... det er veldig ... det varierer ... noen ganger blir du litt frustrert ... ikke med pasienten, men med kollegaer. Jeg orker ikke snakke med andre, på grunn av Toten-dialekt. Så jeg orker ikke. Det er nok nå. Jeg tenker ... ja, jeg lærer begge to, Toten-dialekt og så bokmål. Så det er litt sånn ... hvis jeg kommer i humør, godt humør på jobben, det er veldig fint. Men hvis det er litt mobbing [på grunn av språket] ... så ... det er litt sånn ...»

Flere deltagere la til at det like gjerne kunne oppstå språklige utfordringer med kollegaer:

«Mellom meg og pasienter kan det være vanskelig, men også mellom meg og de andre ansatte. Det er språk som er det vanskeligste med jobben».

Én deltager påpekte at det var nettopp på jobben hun synes det var viktig å lære språk. Hun mente at å være på jobben kanskje var det beste stedet å lære språk: *«... når du går ut, jeg synes at det viktigste du kan lære på jobb da [den første tiden] er norsk språk. Trene med kollega og bli kjent... for de [kollegaen] viser meg, snakker med meg, og da begynte jeg å lære det [arbeidsoppgavene på jobb].*

Deltagerne fra de ulike arbeidsstedene beskrev stor variasjon omkring samarbeidet med andre kollegaer og hvordan dette ble tilrettelagt. Noen deltagere beskrev fra sine arbeidsteder at det var lav terskel for å spørre om hjelp og de følte mye støtte fra de andre ansatte, mens andre deltagere på andre arbeidssteder opplevde kommunikasjon som vanskelig og liten grad av støtte. Flere av deltagere nevnte episoder med baksnakking fra andre ansatte der kommunikasjonsproblemer tydelig var et tema. Det var imidlertid vanskelig å få deltagerne til å formidle om innholdet i disse opplevelsene i fokusgruppene.

Behov for oppgaveavklaring

På spørsmål om hvilke oppgaver deltagerne utfører i omsorgstjenestene og om de liker noen av disse oppgavene bedre enn andre gjøremål, så svarte flere spontant at de ville lære å gjøre alle oppgavene som hørte til i jobben. Deltagerne var opptatt av at de skulle få kunnskap så de kunne være likeverdige med andre som jobbet på arbeidsplassen. Kun én deltager sa at hun ikke ønsket å stelle eldre i sykehjem:

«Jeg gjør alle oppgaver, men jeg vil ikke bytte bleie på eldre! Jeg er ikke vant med denne oppgaven ... men jeg kan mate dem, gå på do med dem, tørke oppkast, men å bytte bleier og å vaske dem.. nei det gjør jeg ikke... Jeg kan synge for dem, men ikke dette med bleier»

Flere av deltageren i gruppen reagerte negativt på denne uttalelsen og mente at alle oppgavene som hører med i et stell er noe en må lære seg. Én deltager skilte ikke så mye på hva slags oppgaver hun skulle utføre, men trakk heller frem betydningen av å få klarhet i å forstå hva oppgaven består av:

«Jeg vil ikke snakke om hva jeg liker og ikke liker å gjøre, det er ikke det det handler om... men jeg må vite klart hva oppgaven går ut på, vite hva som er målet og hvorfor».

I fokusgruppene kom det frem at det kan være flere årsaker til at oppgaveinstruksen ikke er klar. Det kan være fordi oppgaven som skal utføres ikke er tydelig nok beskrevet skriftlig. Da er man avhengig av å finne den personen som kan informere om hva oppgaven går ut på. Én deltager sa at det kunne være at oppgaven ble forstått av de etnisk norske, men ikke de med utenlandsk bakgrunn som har jobbet kort tid i sykehjemmet.

En deltager påpekte at dette også kunne ha med at beskjeder blir gitt muntlig i et raskt tempo og ikke når frem på god nok måte til den ansatte som skal utføre oppgaven. En kursdeltager grep fatt i dette og trakk samtalen over på det å være vikar og ikke kjenne hele bakgrunnsbildet til beboere eller avdelingen. Da ville man ikke ha kunnskap om situasjoner i forkant av et stell eller en oppgave. Hun sa:

«Det er slik å være vikar. Du vet egentlig ikke hva som skal skje den dagen. En dag er jeg i den avdelingen, neste dag på den andre avdelingen og den tredje dagen er jeg kanskje på en annen avdeling igjen ... jeg må jo jobbe like mye selvstendig dersom jeg er vikar».

Flere hadde opplevd at de eldre kunne bli urolige dersom de skjønnte at den ansatte ikke hadde oversikt eller visste hva som skulle gjøres. Dette kunne gjøre beboerne sinte eller triste og det kunne oppstå situasjoner der den ansatte med minoritetsbakgrunn måtte hente andre ansatte til beboeren for å oppklare situasjoner. Én deltager sa:

«Det er viktig å vite hva vi skal gjøre. Når vi snakker med gamle folk er de litt sensitive og vi må gjøre alt riktig med dem og helst med en gang».

I fortsettelsen av dette temaet ble det i en av fokusgruppene beskrevet spesielle utfordringer i kommunikasjon med personer med demens. Én deltager forklarte at det er vanskelig å forstå beboere, og spesielt å kommunisere med beboere som har demens:

«Men det er problemer noen ganger... noen ganger er det lett, men andre ganger ... de [beboerne] uttaler ikke ordet fullt... fordi de ikke kan eller ikke husker hele ordet. De glemmer det [ord] eller de husker ikke hvilket ord de skal bruke, så derfor blir ikke setningene bra. Derfor blir det litt mer vanskelig for meg å skjønne hva de egentlig mener. Så da må jeg spørre de andre ansatte hva han eller hun sier».

I forbindelse med slik situasjoner hadde flere opplevd at beboere ble sinte eller avvisende til å fortsette samhandlingen. Når en slik samhandling med en beboer hadde gått i lås, fortalte flere at de måtte hente hjelp og da «forstyrre» andre ansatte som var opptatt med andre oppgaver. Mens noen ansatte kunne komme og oppklare en situasjon nokså greit, kunne andre bli stresset over å bli brydd med slike henvendelser.

Knapphet på tid

Knapphet på tid og høyt tempo i tjenestene bidro til å vanskeliggjøre forståelsen av oppgavene ytterligere. Flere deltagerne følte at det var hastverk for å rekke å komme rundt til alle beboere på avdelingen i sykehjem. Det kunne være en utfordring i en jobb med høyt tempo å fremskaffe nødvendig informasjon:

«Det er ikke alle oppgave det er prosedyrer på, for eksempel en pasient med sår også har vi ikke prosedyre for dette. Vi må lese fra dag til dag hvordan dette går. På morgenen har vi ikke tid til å gå på data og finne opplysningen omkring dette. Da må jeg heller løpe å finne en sykepleier som ellers har veldig stor kompetanse til å gjøre dette, jeg må improvisere. Jeg får jo støtte av sykepleier hvis jeg går og henter henne, men da må jeg har av hennes tid, men hun må forlate sine pasienter og jeg mine ... så det blir mye stress og løping særlig på morgenen».

På spørsmål om flere kjenner seg igjen i dette, samtykket flere i gruppen. Deltagerne snakket om flere dilemmaer med å gå i fra andre pasienter. Deltagerne fortalte at de stort sett alltid er opptatt med noe, og de står aldri parat til å gå ifra. Én deltager bemerket at det kunne være vanskelig for de gamle også at kommunikasjon ble brutt når den ansatte må gå ifra. På spørsmål om deltagerne har tatt opp dette med sjefen sin, svarte de litt unnlattende. Et par sier at de har snakket om det, men at det ikke er blitt noen løsning.

Vil ikke bli stelt av oss! Opplevelsen av å være annerledes

En deltager har opplevd at hun er på tilbudssiden ovenfor de eldre og at hun gjerne vil gjøre ting for dem. Hun opplevde imidlertid at en del beboere var skeptisk til henne fordi hun kom fra Afrika og hun trodde at pasientene tenkte at de ikke kunne ta imot hjelpe fra henne. Hun sa:

«Jeg kan si: du skal dusje i dag du. Skal jeg komme og hjelpe deg? Men de vil ikke at jeg hjelper dem! De svarer bare «nei takk, jeg vil vente til Siri, Anne, Berit, Tone [etnisk norske pleiere] kommer. Jeg ble sjokkert over dette, for jeg kan jo gjøre akkurat det samme som Siri, Anne, Berit, Tone!! Jeg opplever at mange er skeptiske til meg, de tror at jeg ikke kan hjelpe dem! Dette er så leit.»

Flere av deltagerne i andre grupper kom inn på lignende opplevelser. Én deltager sa at hun kunne skjønne denne skeptisismen dersom det hadde vært en pasient med demens. Én deltager med mørk hudfarge opplevde at hun ble «glodd på» og hun sa: *«jeg tror ikke de har sett så mange svarte mennesker før, så det er dette som skjer, de er nysgjerrige».*

Et par av deltagerne som brukte hijab hadde fått mange spørsmål om dette i sykehjem. Én deltager opplevde at hun fikk greie kommentarer fra sjefen og de andre ansatte omkring dette, mens de eldre derimot påpekte at hun brukte hijab flere ganger gjennom arbeidsdagen, og med gjentatte spørsmål om hvorfor hun brukte den.

Noen deltagere diskuterte seg imellom opplevelser de har hatt av nordmenn som ikke liker at personer fra Asia og Afrika snakker på høyt toneleie: *«De tror at vi er sinte eller strenge, men det er vi ikke. Det bare oppfattes sånn hos nordmenn, både ansatte og beboere».*

Som vist over kom det frem en blanding av både gode og vonde erfaringer som deltagerne snakket om i fokusgruppene før kursstart.

Det kollegiale samarbeidet

Deltagerne i fokusgruppene diskuterte det kollegiale samarbeidet. Noen sa spontant at de hadde koselige kollegaer som prøvde å hjelpe, mens andre var raske med å påpeke at det er forskjeller innad i personalgruppen. Noen kollegaer tok seg god tid til å forklare når det er ord som ikke var klare, mens andre oppleves som veldig raske og lite hjelpsomme. Her var det noen forskjeller mellom ulike sykehjem med ulike tilnærminger til arbeidsmiljø. En deltager forklarte at kollegaene var velvillige i hjelpe henne, og hun kunne se den samme vennligheten gjenspeile seg når de ansatte kommuniserte og stilte beboerne:

«Det er mye bra, og flere som er hyggelige! Hvis det er noe jeg ikke forstår så snakker jeg engelsk. Jeg har noen faste kollegaer. De er koselige og prøver å lære meg norsk. De viser meg også hvordan de gjør ting. Men det er ikke bare det. De passer også på pasientene på en veldig god måte»

Flere av deltagerne på fokusgruppene hadde opplevd episoder med dårlig kollegialt samarbeid. Deltagerne hadde enten selv vært direkte involvert, eller de hadde observert konflikter og dårlige samarbeidsmiljø på arbeidssstedet. Flere opplevde at det ble baksnakket om enkeltpersoner, og at uenigheter ikke ble løst og ryddet opp i. Én deltager som hadde jobbet på flere sykehjem flere steder i Norge påpekte at en del situasjoner ikke ble løst:

«Her i Norge er det ikke lov å baksnakke andre. Men det er så mye hykleri og det er et problem. I mitt land, vi sier bare høyt rett til personene: «Jeg liker ikke deg!» Også snakker vi om det, og får en mulighet til å forandre det. Da er det ferdig og vi fortsetter å jobbe. Her er det annerledes. Det blir ikke sagt direkte ... men det bæres på i lange tider... Du blir ignorert! Det får flere uttrykk for eksempel at ... Det er urettferdig og ubehagelig ...»

Deltageren hevdet at det blir ubehag av slike situasjoner, og at det går på bekostning av alle: *Det blir jo frustrasjon av dette, og hvis det er spenninger mellom folk, så blir ikke jobben fullført ordentlig. Det er for jobben vi er der».*

Et par av deltagerne hadde opplevd å få forholdsvis mange vakter og dette hadde skapt misfornøyde kollegaer. Én deltager kunne ikke sortere om dette skyldes misunnelse for at hun hadde fått flere vakter enn andre på arbeidssstedet, eller om det skyldes at kollegaene ikke likte å jobbe med henne:

«Jeg har opplevd at de andre kollegaene har reagert hvis jeg får mange vakter...Jeg står i garderoben og skifter også kommer det noen og sier «oj, skal du jobbe i dag?». De blir sure for jeg jobber mye, men jeg kan jo ikke si nei når jeg får tilbud om vakter?»

Det kom frem i flere ganger at noen av de ansatte med minoritetsbakgrunn følte de hadde en annen respekt og holdning til eldre enn de etnisk norske kollegaene. De var vant til å ikke motsi eldre, så det kunne bli vanskelig i situasjoner der eldre motsatte seg pleie, stell eller nektet å ta medisiner:

«Så må jeg for eksempel si at den buksa eller genseren er skitten og du må skifte... så det er litt sånn at vi må snakke til dem som om de var barn og det er vanskelig, synes jeg, å være bestemt».

I noen slike situasjoner kunne deltagerne i fokusgruppene fortelle at de påkalte hjelp fra kollegaer, og det kunne oppstå situasjoner med reorganisering av hvem som skulle utføre de forskjellige oppgavene.

Vegrer seg for å ta opp ting

I fokusgruppene ble deltagere spurt om de hadde snakket med sine overordnede om ting som de opplevde som vanskelige eller som de trengte hjelp til å forstå. Et par deltagere svare bekreftelse på dette, men de fleste av deltageren opplevde det som vanskelig å ta opp ting med sjefen. De fleste prøvde å motivere seg selv til å stå i gjennom vanskelige situasjoner uten å dele med noen, bortsett fra familiemedlemmer eller en annen person som de kjenner godt. Én deltager som hadde opplevd flere vanskelige situasjoner sa: *«Jeg jobber og jeg går hjem»*. Hun forklarte at hun holdt fokus på det hun skulle gjøre av oppgaver, og la dårlige opplevelser bak seg.

Noen påpekte at det var alltid de samme kollegaene som snakket med sjefen og de samme som aldri sa noe. Noen av deltagerne i fokusgruppene sa at de var redde for å ta opp ting med sjefen fordi dette kunne bli forstått som om de sladret på andre. De var redde for hvilke konsekvenser dette kunne få. Flere sa at det ikke gikk til sjefen med ting, om det var gode eller dårlige opplevelser. Én deltager sa:

«Nei det vil jeg ikke gjøre. Hvis de [kollegaer] ikke liker deg så ikke tenk på det. Hvis sjefen din gir deg jobb så er det for at han liker deg og jobben du gjør».

Et par av opplevde at enkelte av de norske kollegaene ikke likte jobbene sine, og at de var mye borte fra avdelingene. Imidlertid så stoppet deltagerne i fokusgruppen seg i å påpeke dette på arbeidssstedet:

«Jeg tør ikke si det sjefen min, at den og den ikke jobber, da kan jo sjefen si til dem at det var jeg som sa det!! Jeg forteller meg selv at jeg ikke har fast jobb i Norge, jeg er bare vikar og da må jeg gjøre det jeg skal og det er å jobbe uten å si noe om andre. Jeg gråter hjemme. Men neste dag

går jeg på jobb igjen! Jeg forteller meg selv at det går bra. En dag vil jeg ha fastjobb! Jeg vil ikke være vikar alltid og måtte ... finne meg i alt».

De andre deltagere i denne fokusgruppen mente at hun burde ta opp ting med sjefen sin, men de hadde samtidig sympati og forståelse med at hun ikke gjorde det.

Mestring

Deltagerne gav uttrykk for stor glede over å lykkes med jobbene sine i omsorgssektoren. Det ble snakket en del om krevende stell med urolige beboere som ikke ønsket å dusje eller stelle seg. Noen deltagere forsøkte å unngå krevende beboere, mens andre uttrykte det som givende å lykkes i et stell med krevende beboere:

«Jeg liker å ... dusje dem selv om det er en utfordring ... En gang dusjet jeg en dame, og hun ble kjempefornøyd! Jeg gir deg karakteren seks sa hun! Jeg ble så glad! Deg vil jeg ha neste gang også sa hun, så det var jo fantastisk, men bare så synd at ingen andre hørte det. Jeg synger når jeg dusjer dem, jeg tror det var det som var fint for henne. De synger med meg, det var faktisk Edith Piaf. Det var en annen som sang i kor. Han hadde spilt piano».

Andre ansatte var redde for å havne i trøbbel dersom de ble stående fast i et stell med en rasende beboer. En deltager hadde funnet sin egen strategi ut av dette: *«Jeg vil ikke dusje kan de si – hva gjør du da? Vi kan jo ikke tvinge dem til å dusje, men en gang sa jeg at skulle kjøpe marsipan etterpå til en pasient ... og da gikk han med på å dusje da.»*

De andre deltagerne i fokusgruppen diskuterte hvorvidt de syntes det hadde vært riktig eller ikke å kjøpe marsipan til beboeren, og hvor grensene går for å få med seg beboere i gjennomføring av pleie og stell.

Pårørende

Flere deltagere opplevde at det kunne være utfordrende å snakke med pårørende, men at dette i hovedsak var en oppgave som de faste ansatte hadde. Deltagerne i fokusgruppene henviste som regel til faste ansatte når det kom pårørende. I fokusgruppen gav flere uttrykk for at de ikke helt

visste hva de kunne fortelle til pårørende. Dette gjaldt også når pårørende ringte til avdelingen. Én deltager sa:

«Det er litt vanskelig så jeg vet ikke hva jeg kan fortelle dem og hva jeg ikke kan fortelle... Jeg er ikke fast der, så jeg vet ikke om sånne ting... Så jeg kan si at «du kan snakke med noen som er fast her».

Forventninger til kurset

Noen av deltagerne hadde hørt om muligheten for å være med på kurs via kollegaer som hadde deltatt på «Yrkesrettet språkopplæring i helsearbeiderfag» for noen år tilbake. Dette kurset er en forløper til «Utdanningsforberedende kurs i helsefag», og har flere overlappende tema. Tidligere deltagere trivdes svært godt på kurs, og hadde skrytt av kurset de deltok på til andre kollegaer. Noen av som gjennomførte kurs i «Kompetansemodellen» hadde fått høre på forhånd at det var hyggelig på kursdagene og at deltagerne ble godt kjent med hverandre. Deltagere i «Kompetansemodellen» hadde også fått høre at læringsutbyttet var stort. Én påmeldt deltager sa:

«Jeg har hørt fra noen som tidligere har tatt kurs her, og de var veldig fornøyde. Da lærte mye ord, uttrykk og mye om forskjellige oppgaver. Også må vi alle snakke og ... delta»

Andre deltagere forventet også lære mer språk og uttrykk innen helsearbeiderfaget. Flere deltagere gav uttrykk for at dette kunne være til hjelp for å ta fagutdanning: *«Kanskje det blir lettere å ta helsefagarbeider hvis jeg kommer ... med kurset får vi mer kunnskap og vet mer»*

Flere deltagere nevnte også at de trodde deler av kurset var innrettet omkring praktiske oppgaver og at det ville være nyttig hvis de lærte det sammen med teori.

Etter kurset og deltagelse underveis

Det ble gjennomført nye fokusgrupper da kursene ble avsluttet. Spørsmålene til gruppene handlet om hvilket utbytte de hadde av kursene. Hver av kursdagene med tema ble gjennomgått.

Oppmøte og gjennomføring

I det første kurset hadde årsakene til frafall vært misforståelser omkring oppmøtetider, sykdom, eller at deltagerne fikk tilbud om vakter i det samme tidsrommet som kurset ble avholdt. To deltagere misforstod kursleders utsagn om at kvinner skulle ha fri på 8.mars, og møtte dermed ikke opp til kurset som ble avholdt på kvinnedagen. Kursdagene var satt på ukenummer og ikke på dato, og dette var uvant for flere. Én deltager opplevde at tidspunktet for kurset var ugunstig (kl. 12-15) fordi det er midt mellom dagvakt og ettermiddagsvakt. Hun mente at kurset burde ha vært før eller senere på dagen slik at det ville være mulig å komme på en vakt på selve kursdagen. Deltagerne som mistet kursdager i det første kurset, fikk muligheter til å ta opp de kursdagene de mistet ved å melde seg opp på uteblitte timer i det andre kurset som ble avholdt høsten 2018.

Deltagerne opplevde at de hadde blitt møtt med forståelse fra sine arbeidsgivere for å delta i «Kompetansemodellen». Ved et par tilfeller hadde lederen glemt av hvilke datoer kurset ble holdt på, og satt opp deltagere på vakter i det samme tidsrommet som kurset pågikk. I disse tilfellene ble det forsøkt byttet vakter mellom ansatte. Det ble allikevel snakket om behovet for at lederne var positive til at deltagerne dro på kurs, spesielt da de trengte å få tilpasset arbeidssituasjonen sin noe:

«Ja, jeg fikk fri. Men det er veldig fint at leder forstår det. Hun [lederen] sa bare: «Du kan reise litt før». Så ... for eksempel i dag, så jobbet jeg. Men jeg hadde vakt til halv tolv. Så da fikk jeg dra fra vakten tidligere slik at jeg rakk hit, så det er bra»

Fornøyd med kurslederne

I forhold til gjennomføringen av kurset, roste deltagerne kurslederne for deres innsats. Kurslederne ble opplevd som engasjerte, vennlige og hadde mye de ville lære bort. Fra to av tre kursledere fikk deltagerne utdelt kopier av presentasjonene som ble holdt, og dette verdsatte deltagerne spesielt. Flere hadde brukt papirversjonen av presentasjonen flere ganger i etterkant og syntes det var nyttig å kunne bla tilbake i notater. Et par deltagere ønsket at presentasjonene hadde blitt tilsendt deltagerne på forhånd slik at de best kunne forberede seg til kursdagene. Deltagerne savnet sammendrag fra den ene læreren. Denne læreren hadde henvist til referanser

på nettsiden, men deltagerne syntes ikke dette fungerte like godt. De ønsket å ha noe de kunne bla tilbake i, og som de kunne notere i.

Én av lærerne hadde også vist filmklipp fra internett og dette bemerket flere av deltagerne som god undervisning. Én sa: *«Vi har også sett noen videoer, og det var veldig bra. Ikke bare å se det, men å snakke om det etterpå, ja det synes jeg var veldig viktig».*

Filmen hadde skapt engasjement og det hadde vært lettere å diskutere situasjoner deltagerne hadde opplevd etterpå.

Har tilført stor kunnskap

Deltagerne var enige om at kurset var veldig nyttig, samtidig som de påpekte at slike kurs må tilbys ansatte med minoritetsbakgrunn tidligere. Flere deltagere snakket seg imellom om at de hadde gjort mange feil i jobben uten å vite om det, og de ble oppmerksomme på dette i løpet av kurset.

Deltagerne hadde litt forskjellige opplevelser av hvordan det var å ta imot innbydelsen til kurs. En deltager syntes først det var litt rart å bli invitert til kurs i og med hun hadde jobbet i sykehjem i flere år. Hun oppdaget imidlertid at kurset gav mye svært mye nyttig læring:

«Jeg har vært i jobb i tre og et halvt år.... Først så tenkte vi at ... når vi så overskriftene og sånn: «Nei, vi kan jo alt dette her!». Men det var en sånn fordypning og ... jeg personlig lærte mye. Og jeg synes det var veldig nyttig».

Flere deltagere sa tydelig på de hadde manglet mye kunnskap om å jobbe innen omsorg. Noen av deltagere var ferske i arbeidslivet og hadde liten erfaring fra omsorgsyirket. For disse deltagerne ble kurset ekstra viktig:

«Jeg har jobbet på ...[navn på sykehjem] i nesten seks måneder nå. Og så det kurset synes jeg var kjempebra fordi jeg har ikke bodd lenge i Norge. Og jeg har lært mye om helse og forskjellig ... ja... og måter å jobbe på».

Én deltager kommenterte også at det er stadig behov for å lære mer og noe nytt i omsorgsyirket, og spesielt for de som ikke har noen grunnutdanning. Hun syntes det var krevende å jobbe i omsorgssektoren og at det stadig skjer endringer og oppdateringer som ansatte må vite om:

«Det er en sektor som handler om helse, handler om liv. Og det er mange forskjellige mennesker som har forskjellige behov! Og det er mange forskjellige kompetanser da. Vi som er... ufaglærte... det er selvfølgelig at vi må lære mer».

Deltagerne på kusene var enige om at kurset hadde tilført dem stor og nyttig kunnskap. Noen fortalte at de hadde vært usikre på ulike oppgaver i jobbene sine, men at de etter kurset hadde fått mange svar og bedre forståelse av både arbeidsoppgaver og organiseringen av arbeidet i omsorgstjenestene. Én deltager sa:

«Jeg har lært mye. Jeg har lært mye om hvordan du skal jobbe på sykehjem. For meg var dette et fint kurs for jeg har ikke noen utdanning fra landet mitt, jeg har bare praksis fra jobb her, så jeg er veldig fornøyd».

Flere deltagere hadde slitt med ulike ord og uttrykk i jobbene sine, og fortalte at de hadde hatt stort utbytte av å bruke «Lommeordboka» som ble utdelt på kurset. Det var forskjellige momenter som deltagerne trakk frem som særlige nyttige, men flere fortalte at de hadde grudd seg for å spørre om ting på jobben, og hva som er en riktig måte å gjøre ting på. Dette hadde bedret seg etter kurset, både fordi de hadde fått svar på ting de lurte på. Samtidig hadde de blitt tryggere på at de kunne spørre.

Læringsutbytte

Deltagerne ble spurt om de kunne fortelle om hva som var nytt for dem i løpet av kurset. Noen av de som allerede hadde helsefaglig utdanning eller hadde jobbet lenge i sykehjem, sa at de kjente til alle temaene fra før. Andre deltagere som hadde kort fartstid i tjenestene og som tidligere hadde hatt helt andre yrker, fortalte at «alt» var nytt. I fokusgruppene fremhevet deltagere flere momenter i undervisningen som ny kunnskap. Noen deltagere hadde ikke vært klar over hva «hygiene» betød:

«Jeg har lært mye her på kurs. Jeg fikk ny kunnskap. Dette med hygienen ... jeg visste ikke hva dette betød, men jeg har lært nå. Så mye var nytt for meg. Dette med smittespredning var også nytt for meg!».

Bruk av hansker og ulike situasjoner knyttet til smittespredning hadde vakt stort engasjement, og flere deltagere påpekte at god praksis omkring hygiene ikke var helt på plass på jobben:

«For eksempel, vi tror at med hansker, da er alt bra. Vi har på hansker. Og så vasker vi vedkommende. Og så tar vi på krem med hansker, ikke sant. Da vi brukte denne hansken med kremen, så hadde vi tatt på håndtak og alt mulig. Og så bruker noen samme hansker på heis og pasient. Da hygiene er null. Så det er ikke samme hygiene på arbeidsplasser dessverre».

Flere var også overasket over hva som lå i «riktig håndvask»: «Ja, vi ... jeg vet ... for meg er det helt nytt. Hvis det er veldig ... viktig å bruke tid, 30 sekunder ... Dette visste jeg ikke fra før. Jeg vet at vi skal vaske godt, men hvordan og hvor lenge visste jeg ikke».

Andre trakk fram dette med taushetsplikt og uvissheten de hadde hatt for hva dette innebar tidligere:

« ... jeg visste om taushetsplikt. Men det som vi oppdaget på kurset, at det som skjer ofte, er at noen spør ... for eksempel når du er ute og sånn, så en kollega spør deg «ja, hei, hvordan går det på jobb?» eller «hvordan går det med den pasienten?» og sånn. Og så da bryter du taushetsplikten, så sier jeg det går bra, eller det går ikke bra og sånn. Det visste jeg ikke».

Et par andre informanter snakket om brukermedvirkning og hvor raskt eller sakte man skal hjelpe brukere når de skal stille seg eller trenger hjelp. Én informant opplevde at hun før kurset hadde vært alt for rask til å hjelpe brukere som bad om hjelp, men hun nå hadde forstått hvorfor det er viktig å vente litt:

«Jeg hjelper hele tiden den brukeren som spør. På kurset har jeg lært at jeg må vente først. Hvis brukeren ikke klarer ting etter å ha forsøkt noen ganger, så kan jeg hjelpe».

Én annen deltager fortsatte:

«Vi har lært at brukeren skal gjøre selv først. Ja. Vi skal ikke bare ordne ... hjelpe og hjelpe hele tiden. Akkurat der er det som ... på en måte dilemmaer da. Mellom ... hastighet eller kvalitet. Du skal også tilpasse til miljøet du jobber i. Og så skal du være effektiv i arbeidet ditt. Men du skal være sånn på en måte ... nyttig for kollegaene dine. Mens du må også være ... ja, gi pasienter rom»

Én annen informant fortalte at hun manglet mye av den kunnskapen som ble formidlet på kurset, men om hun skulle peke på noe spesielt som hun kunne ekstra lite om så måtte det bli temaet om tvang. Hun og et par andre deltagere hadde tidligere låst beboere inn på rommene sine for å skjerme dem om hun måtte ut av avdelingen. De hadde nå lært at dette ikke var lov. En annen deltager opplevde at det vedvarende var uklarheter omkring bruk av tvang og når det er lov å tvinge folk, og at man måtte vurdere mye:

« ... ja, tvang og sånn, det er veldig viktig... jeg visste lite om det... nå får jeg bruk for det nesten hver dag jeg er på jobb. Så det er jo ... når de nekter å spise, nekter å ta medisin, nekter å skifte. Sånt er vanskelig»

For flere av deltagerne hadde det falt på plass viktig kunnskap i løpet av kursperioden. Et par av deltagere påpekte at de spesielt hadde hatt stor nytte av å diskutere fagstoffet med andre i samme situasjon og at de fikk muligheten til å stille spørsmål og dele opplevelser sammen med andre:

«Jeg synes det er ikke viktigst å følge ... hva er skrevet i boka eller på kurset ... men at du kan snakke og løse problemet akkurat nå. Hva trenger du? Eller hva vil du vite? ... Det var veldig godt kurs, og ... jeg kjenner mer folk nå»

Å få bedre kjennskap til faste rutiner, stell og prosedyrer førte til at flere deltagere tenkte på seg selv som tryggere i jobben etter kurset.

Føler seg tryggere på jobb

Flere deltagere følte at de i sum hadde bedre oversikt over oppgavene og rutinene i jobben i omsorgstjenestene etter å ha gjennomført kurset:

«Kurset var veldig ... fint og vi lærte mye. Vi vet hva vi skal gjøre og hva vi ikke skal gjøre, og hvordan vi løser det problemet som skjer på jobben. Så jeg føler meg helt trygg når jeg har studerte eller lærte om ... det på kurset»

Selv om det var variasjon over hvor mye av stoffet i kurset som var nytt, så opplevde deltagere at terskelen for å spørre ble mindre. Én deltager følte hun i kurset hadde blitt oppmuntret til å spørre mer og at dette hadde vært fint for henne:

«Men det som jeg har lært som er nytt, at jeg kan spørre de andre, ikke bare gjøre ... prøve å løse alt selv. Det er ingen årsak til å bli redd ... å spørre ... da jeg kan ikke kan det [oppgaven]»

Flere av deltageren fortalte at de hadde lært gjennom å gjøre feil på jobben. Kurset gav en mulighet til på gjennomgå feil de hadde gjort på nytt, diskutere opplevelser og bli sikrere på håndtering av ulike situasjoner med pasienter og omsorg.

Ønsker mer utdanning

Kurset hadde inspirert flere av deltagerne til å lære mer norsk. Flere av deltagerne hadde i løpet av kursperioden satt seg fore å bli bedre med faguttrykk og de hadde pugget mye. Deltagerne hadde fått utdelt «Lommeordboka» og brukte denne aktivt i jobben og hadde glede av den.

Flere av deltagerne fortalte at kurset hadde motivert dem til å ta mer utdanning. Det å forstå mer av det som skjer på jobben var en ting som deltagerne opplevde hadde motivert dem:

«Vi har lært dette [om pleie og omsorg] på en profesjonell måte ... Det ... jeg kan nå, det har jeg ikke lært fra den eller den kollegaen, men fra en lærer og det oppleves annerledes og du blir mer selvsikker, og det blir mer profesjonelt. En mestrer mer og bedre, ute i praksis er det nyttig å lære og gjøre ting.»

Mange av kursdeltagerne opplevde at de trengte kunnskapen fra kurset. Flere ytret ønske om lengre kurs:

«... selv om man har fagbrev ... så trenger alle sånne kurs, oppdateringer. Det var veldig givende. Men det var veldig kort. Jeg skulle ønske at det hadde vært lengere kurs ... og fortsette til neste år også ved siden av skolen. Men det skal ikke fortsette og det var dumt.»

Noen deltagere beskrev også helt klarere motivasjon til å ta utdanning som helsefagarbeider:

«... jeg har lært mye på kurset, og jeg ... når jeg kom her tilbake på jobben, så ... jeg føler meg at ... at jeg er bedre enn før kurset. Jeg blir ... akkurat som [navn på en annen deltager] sa, for det fikk han å løse problemene, fordi at det er greit at vi spør andre kolleger. Så jeg synes kurset var veldig bra for meg, og veldig effektivt. Så dette støttet meg mye, at jeg går videre med helsefagarbeider»

Noen deltagere følte at det var blitt «nødvendig» å ta helsefagarbeider i etterkant av kurset. De gav uttrykk for at de forstod mer nå av hva de egentlig må kunne:

«Jeg tenkte å gå på ... å få ... ja, fag ... sånn helsefagarbeider. Nå er jeg sikker at jeg må ha det ... ja. Jeg tenkte jeg skulle ta det i fjor, men ... nå tenker jeg at jeg er 100% sikker på jeg må ha det».

Vi spurte om hvilken læring hun hadde fra kurset som hadde fått henne til å bestemme seg, og da svarte hun:

«Det er så masse forskjellige ting i kurset. Det var sånne detaljer ... ja små detaljer, ja ... og så ... ja, om anatomi, om helse, om sykdom så ... hva er viktig å se etter? Og hvis det er høyt blodtrykk eller hjerteslag ... kan du bruke Paracet eller ... Panodil eller nei? Det er litt sånn ... forskjellige små tingene som er veldig viktige».

Det var gjennomgående en oppfatning i alle gruppene at kurset hadde motivert flere til å ønske utdanning som helsefagarbeider. Presentasjonen av materialet i kursene kombinerte ren undervisning med gruppediskusjoner, og visning av film for å illustrere ulike fagkunnskaper. Denne kombinasjonen og vekslingen mellom måter å legge frem stoffet på synes å ha vært vellykkende i kursene.

Vedvarende utfordringer

Flere av deltagerne opplevde at de kunne diskutere vanskeligheter de opplevde i jobbene sine på kurset, men at det var vanskelig å drøfte ting på jobb. En deltager fortalte om tidspress, og at de hadde konkret ansvar for enkelte pasienter og at måtte bli ferdige med stell til bestemte klokkeslett. Inne i seg følte hun seg frustrert:

«Akkurat klokka ni må alle være ved bordet ... matbordet. Hvorfor det?, tenker jeg. Tilstanden til pasienten sier at hun bør det litt rolig. Men... Å, nei, vi kan ikke det, fordi at vi må bli ferdig med oppgaver. Og så sånne dilemmaer, snakket vi om her på kurset. Men sånne ting blir ikke snakket om på jobben.»

Hun hadde lyst til å diskutere dette, men hadde ennå ikke tatt mot til seg. Et nokså stort tema i fokusgruppene etter kurset var ulike opplevelser knyttet til å være ufaglært og jobbe sammen med kollegaer som har fagbrev andre utdanninger. Noen deltagere i kursene følte at de «bare» var assistenter, og da kunne det være vanskelig å ta opp ting, eller å si ifra om feil som ble begått på arbeidsstedet. Én deltager opplevde for eksempel at en kollega med fagutdanning hadde vært unøyaktig med å feste en beboer i en heis. Deltageren i fokusgruppen fortalte at hun følte seg heldig som hadde lært en del på kurset om kommunikasjon med kollegaer på kurset da hun håndterte denne episoden:

«Så ... det var en pasient som trenger to pleiere, da. Det måtte være to. Og så jeg jobbet med en som er yngre enn meg, men hun har fagbrev. Da på en måte, når hun har fagbrev, selv om jeg har erfaring og jeg er eldre enn henne, så... Hun er på en måte liksom trygg i seg selv da, mens jeg er jo «bare» assistent. Og så ... det var heisbruk. Hun bare dro heisen, og jeg så at pasienten hang feil. Og jeg sa at: «Kan du heise ned litt grann?» Hun hørte ikke på meg. Hun bare fortsatte å dra heisen. Så jeg vet ikke om hun var stresset eller ... Hun hørte ikke på meg andre gangen heller. Jeg sa igjen for tredje gang: «kan du heise litt ned? Vi kan ta selen ut». Og så plutselig skrek hun til meg at jeg måtte da se at hun ikke kunne heise ned!»

Deltageren i fokusgruppen forklarte at om hun hadde opplevd denne situasjonen før kurset, så hadde hun blitt rasende inne i seg og veldig lei seg. Men hun hadde klart å holde seg rolig for fortelle at hun ikke ville bli skreket til. Da hadde kollegaen bedt om unnskyldning, og deltageren i fokusgruppen sa: «Nå har vi lært om hvordan vi kan kommunisere, så jeg tok det rolig, og hun

forandret seg helt motsatt etterhvert... akkurat der jobber vi foran pasienten, ikke sant? Det er pasienten som er målet».

Deltagere ble til slutt i fokusgruppene spurt om det var noen tema som de syntes manglet i kurset. Til dette svarte noen at de ønsket å lære seg å lese og skrive rapport, og få mer kunnskap om hvordan de kunne hente ut opplysninger. Noen deltagere ønsket at kurset skulle fortsette som en støtte videre inn i helsefagarbeiderutdanningen. Flere av deltagere hadde knyttet nære bånd i løpet av kursperioden, og de opplevde det som godt å komme sammen og dele erfaringer. Det var både latter og gråt i fokusgruppene, og mange fortalte at det var godt å kunne «ventilere litt».

Intervjuene med ledere

Det var opprinnelig planlagt å gjennomføre kurs i Kompetansemodellen i alle fem kommunene, men det ble erfart utfordringer med å få nok deltakere til kurset i de små kommunene. Ett planlagt kurs måtte avlyses på grunn av dette. I tillegg opphørte tilskuddsordningen underveis, slik at opprinnelig plan måtte komprimeres. I evalueringen ønsket vi ledernes tilbakemelding på tilbudet som ble gitt i Kompetansemodellen. Spørsmålene i intervjuene omhandlet ledernes syn på a) relevansen av kursopplegget i Kompetansemodellen, b) hvordan tilbudet om kurset ble spredd av leder i kommunene og hvilken interesse og vektlegging tematikken ble mottatt med.

Videre ble det intervjuet om ledernes syn på d) kompetanseheving for gruppen, e) kommunes egen tiltak innen opplæring og samarbeid internt i kommunen omkring ufaglært arbeidssøkende med minoritetsbakgrunn.

Om relevansen av kursopplegget

Alle lederne gav innledningsvis i intervjuet uttrykk for at de syntes kurstilbudet var interessant og relevant. Det var imidlertid variasjon mellom kommunene på hvor mange minoritetsspråklige ansatte lederne mente de hadde i omsorgssektoren. Mens noen kommuner oppgave å ha nokså mange i målgruppen og at de ønsket denne gruppen inn i tjenestene, var det andre kommuner som ikke hadde så mange minoritetsspråklige i omsorgstjenestene og som generelt ikke ansatte personer uten fagutdanning.

Lederne som ble intervjuet hadde også forskjellige synspunkter på hvordan de vurderte deltagere i målgruppen. Én kommune hadde med mange deltagere, og det var påmeldt flere deltagere enn det var plass til på kurset. Ledelsen i denne kommunen hadde vært inne i tidligere utprøving av kompetanseheving for ansatte med minoritetsbakgrunn, og følte en viss grad av eierskap til prosjektet. I en annen kommune var ledelsen spesielt opptatt av å rekruttere flere minoritetsspråklige til omsorgsyirket. Dette var et arbeid som pågikk der flere kommunale instanser samarbeidet. Kommunen hadde også bevisst tatt inn mange minoritetsspråklige på språkpraksis og arbeidspraksis. Lederne i sykehjem og hjemmetjenesten i denne kommunen hadde påpekt at:

«Kompetansemodellen var meget god drahjelp for det arbeidet som de selv var aktivt i gang med å fremme».

Alle i målgruppen som meldte seg på kurset fra denne kommunen fikk plass, og det var ikke nødvendig med noen utvelgingsprosess. Leder for denne kommunen påpekte i intervju at: *«Vi er helt avhengige av denne arbeidskraften i fremtiden»* og viste til et målrettet samarbeid på kommunenivå mellom flere instanser der det ble jobbet for å hjelpe flere i målgruppen inn i jobb.

En annen kommune hadde tatt imot nokså mange flyktninger over de siste årene, og mange av disse hadde blitt oppfordret til å ta arbeid i de kommunale omsorgstjenestene. Leder i denne kommunen påpekte at en slikt tilbud som «Kompetansemodellen» kan hjelpe de ufaglærte til å få bedre kunnskaper uten at de må gå til det skrittet å ta en formell utdanning:

«...for på det nivået de er, ja så er de ikke sånn språkmessig sterke enda ... så da så vi dette [Kompetansemodellen] som nyttig.

I denne kommunen hadde de også et eget kommunalt opplæringstilbud gående som var tilrettelagt for å gi flere flykninger grunnkunnskaper innen helse og omsorg.

Ledere i et par andre kommune påpekte at tilbudet i «Kompetansemodellen» nok var relevant, men at de hadde lite kjennskap til hvor mange som hadde meldt seg på kurset. Én leder hevdet at de ikke hadde så mange minoritetsspråklige i kommunen som jobbet innen helse og omsorg, og derav hadde de ikke så mange deltagere å komme med til kurset:

«Hvis vi har noen ufaglærte minoritetsspråklige, så må de jo på opplæring i de avdelingen der de er, og lære de rutinene som er der. Men som sagt så tror jeg at jeg har minimalt av minoritetsspråklige ansatte ... Vi vil jo helst ikke ha ufaglærte i det hele tatt vi».

Denne lederen kjente ikke til hvor stor interesse det har vært blant de ansatte med minoritetsbakgrunn for å delta i «Kompetansemodellen», men informasjonen om kurset var blitt spredt til de forskjellige sykehjemmene og hjemmetjenestene i et ledermøte.

Én kommune hadde selv fått innvilget midler i samarbeid med opplæringskontor og voksenopplæring for minoritetsspråklige i kommunen. De hadde fokus på opplæring i omsorgsyirket og språkforbedring - altså et lignende opplegg som «Kompetansemodellen» tilbød. Kommunens eget kurs ble holdt i omtrent samme tidsrom som Kompetansemodellen, så aktuelle deltagere fra denne kommunen hadde valgt å delta i kurset som fant sted der.

Spredning av kursinformasjon og interesse på avdelingsledernivå

Alle ledere som ble intervjuet hadde bidratt til at informasjon om «Utdanningsforberedende kurs i helsefag» var blitt spredt ned til avdelingsledere på sykehjems- og hjemmetjenestenivå. I et par kommuner hadde leder fanget opp at det vært stor interesse. Disse kommunen hadde tidligere hatt erfaringer med forløper for «Utdanningsforberedende kurs i helsefag». I dette tidligere kurset som ble avholdt for noen år tilbake, var det påmeldt flere deltagere enn kurset kunne ta opp. Evalueringen av dette kurset viste at deltagerne var svært fornøyd med læringsutbyttet. Lederen mente at tidligere deltagere i en av kommunene hadde inspirert andre i målgruppen til å melde seg på «Utdanningsforberedende kurs i helsefag» i tillegg til at lederne «visste om» at dette var et inspirerende og viktig kurs.

I et par andre kommuner hadde leder formidlet informasjon om kurstilbudet til avdelingsledere, men i intervjuet hadde ikke lederne noen formening eller oppfatning av hvordan invitasjonen til kurs hadde blitt tatt videre i systemet. Én leder sa: *«Nei dette har jeg ikke oversikt på. De som melder seg på er interessert, og kanskje fanger leder det opp om det er noen som spesielt bør ta kurset ... jeg vet ikke. Jeg har ikke noen oversikt over dette».*

I en kommune fortalte leder at interessen vært moderat hos avdelingsledere: *«... ja interessen var middels for å si det helt ærlig. Men det er klart at avdelingslederens interesse varierer en del. De*

som har hatt minoritetsspråklige i sitt arbeid, de føler jo at dette er aktuelt. Og så er det jo noen arbeidsplasser hvor det ikke er aktuelt ... og da var interessen litt laber»

I ett intervju ble det påpekt at det er den kommunale lederen som har en nøkkelrolle i å oppmuntre til deltagelse i kurs og følge dette opp med et visst påtrykk:

«Hos oss var det positive holdninger hele veien til kurset, og vi hadde jo nok deltagere. Men ellers så tenker jeg at det er viktig at dette kurset er forankret hos leder ... Det vil si at leder er tydelig på at han eller hun anerkjenner og ser betydningen en slikt kurs har og formidler dette til de under seg».

Lederne i de fem kommunene hadde fulgt opp tilbudet om kurs forskjellige. Noen hadde fulgt dette tilbudet tett etter at det var blitt presentert for avdelingslederne, mens andre ledere anså at de hadde formidlet informasjon og stoppet der.

Syn på kompetanseheving for gruppen og opplæring i kommunen

Lederne uttrykte alle et behov for kompetanseheving for personer i målgruppen. Flere påpekte samtidig et gjennomgående kompetansebehov hos etnisk norske ufaglærte også, og ikke bare minoritetsspråklige.

Én leder presiserte at det er et stort spekter av variasjon innenfor målgruppen:

«Minoritetsspråklige i de kommunale omsorgstjenestene omfatter personer på flere nivåer med ulike utdanninger i bunn fra sine hjemland. Noen kan masse fra før og andre nesten ingenting! Ikke alltid så lett å skille om det er det at de er ufaglærte eller om det er språkforståelse de kommer til kort på noen ganger».

Den samme lederen problematiserte at det ikke er lett for de norske lederne heller, for de *«vet ikke hva de minoritetsspråklige ikke vet, og de [minoritetsspråklige] spør lite ...»* Hun forklarte at det er en «kultur» for hvordan ting gjøres i Norge og hvordan vi tenker omsorg her, og hun la til : *«Samtidig tar vi for gitt en del ting som de [ansatte med minoritetsbakgrunn] ikke kan vite...»*

Lederne som ble intervjuet uttalte at de syntes kompetansebehovet generelt er stort hos personer med minoritetsbakgrunn, men de hadde svært varierende kontakt med avdelingene om dette. Et

par ledere kunne spesifisere til eksempel at det var behov for mer kunnskap omkring pleiefaglige begreper, og at folk har en ulik forståelse av tvang og selvbestemmelse. Én leder nevnte også dette med kvinnesyn og kulturelle holdninger til eldre og personer med funksjonsnedsettelse som en utfordring der det var behov for mer kompetanse og forståelse.

De to lederne som sa de hadde minst kjennskap til hvilke kompetansebehov som fantes, henviste til at ledere ned i sykehjemsavdelingen visste mer om dette enn dem. Én sa at det var utfordringer i forhold til det rent faglige:

«Vi vil helst ikke ha så mange ufaglærte om det er norske heller. Så på grunn av at vi trenger fagkompetansen, at en kan faget ... ja så ansetter vi ikke i utgangspunktet de som er ufaglærte. Noen ganger bruker vi dem som vikarer og slike ting. Jeg ser muligheten med minoritetsspråklige ... vi trenger jo arbeidere inn i tjenesten vår. Men vi trenger dem med utdanning. Vi kan ikke ansette ufaglærte. Nei. Ikke i helse- og omsorgstjenesten».

En leder fra en annen kommune sa at de må vedkjenne seg at de er en sektor som har ufaglærte og det ikke finnes nok hender i omsorgssektoren, og at denne gruppen kan hjelpe til med akkurat det. Gjennomgående var ledene opptatt av at ansatte med minoritetsbakgrunn trenger å lære bedre norsk og at det er her den største utfordringen ligger. I dette ble det fremhevet at utfordringene kunne være spesielt store ovenfor beboere med demens: *«Når det er personer som ikke vet hvor dem er i verden, også står det en ansatte foran dem de ikke kan forstå hva sier og de blir ikke forstått ...»*

Et par av lederne påpekte at det burde vært et generelt krav før ansatte med minoritetsbakgrunn begynner å jobbe innen helse og omsorg, at de har vært igjennom språkopplæring. Det ble også nevnt at det å ha førerkort og kunne kjøre bil er nødvendig dersom en skal jobbe i hjemmetjenesten.

Opplærings praksiser

Det var stor variasjon i hvor god kjennskap (og forutsetninger) de fem lederne hadde til opplæring og hvilke momenter som inngikk på avdelingsnivå. På overordnet nivå refererte alle som ble intervjuet til at det finnes det sjekklister som nyansatte skal igjennom. Disse gjelder for alle nyansatte, og er ikke spesielt tilpasset personer som har lite norskkunnskaper eller en annen

kulturell bakgrunn. Unntaket var dersom personer med minoritetsbakgrunn kom i jobb via en annen hjelpende instans, og at de da kunne få noe mer tilpasset opplæring. Én leder sa:

«De [ansatte med minoritetsbakgrunn] får vel den opplæringa som blir gitt til alle nye, med mindre de kommer inn via introduksjonsprogrammet eller en kommunal kompetansebedrift. I de sistnevnte tilfellene har de en kontaktperson. I slike tilfeller kan kontaktpersonen være med dem litt ute på arbeidsplassen, forklare litt mer og snakke med dem i etterkant. Men hvis man søker på en stilling i kommunen, så forventes det jo at de har den grunnkunnskapen som trengs, så da ... etter det jeg vet... er det ikke noen spesiell opplæring utover den som gis for alle nyansatte».

Et par lederne som ble intervjuet var eksplisitte på at de ikke hadde direkte kjennskap til hvordan opplæring drives konkret i avdelingene. Én deltager sa at hun antok dette var godt nok ivare tatt på avdelingsnivå:

«Det er nok faste ansatte som tar med folk på opplæring. Og det er jo sånne sjekklister og opplæringsrutiner da som blir fulgt opp i hver avdeling ... Vi har jo et introduksjonsprogram for nye ansatte, men spesifikt for ufaglærte minoritetsspråklige tror jeg ikke vi har».

I en kommune oppgav leder at nyansatte fikk en kontaktperson ved arbeidssstedet som var ansvarlig for opplæringen. Informanten kjente ikke til detaljer om dette, men sa at: *«Det er en sjekklisten som skal gjennomgås av alle som er nyansatte, og det gjelder ikke bare minoritetsspråklige. Opplæringen er forskjellig avhengig av hvem som kommer; er det folk på språktrening, eller arbeidspraksis. Dette er med å styrer noe».*

Tre kommuner var eksplisitte på at de betraktet ufaglærte med minoritetsbakgrunn som en spesiell gruppe som trengte noe eget og mer tilpasset. Én leder sa:

«Jeg oppfatter kompetansebehovet hos ufaglærte minoriteter som stort! De strever på avdelingen med kulturforskjeller og språk. Kompetansebehovet er større enn hos etnisk norske som er ufaglærte og jeg synes ikke det er så merkelig egentlig. I vår kommune er vi bevisst på at vi har ufaglærte og vi har et ansvar for gruppen med tanke på å skaffe dem det de trenger av kompetanse».

Kommunen som mente at ufaglærte med minoritetsbakgrunn trengte mer kompetanse, var i større grad involvert i tiltak for å fremme dette og hadde jobbet mer systematisk å få deltagere til kurset.

Strukturelle forhold i kommunene

Som nevnt over hadde to av fem kommuner en bevisst holdning til at de ønsket å rekruttere flere personer med minoritetsbakgrunn inn i omsorgstjenestene. Én av disse hadde et eget kursopplegg gående for å hjelpe personer i målgruppen med opplæring i omsorgsfaget og språkforståelse. De to kommunene som satset bevisst på å rekruttere flere med minoritetsbakgrunn, hadde et pågående og (nokså hyppig) samarbeid med andre instanser i kommunen slik som NAV, opplæringskontor, voksenopplæring og/eller egne kommunale bedrifter som jobbet for å få personer ut i arbeidslivet.

I noen av kommunene ble det drevet noe opplæring i regi av NAV eller andre kommunale vekstbedrifter. Én leder påpekte at andre kommunale instanser selv måtte bistå med å tilrettelegge noe opplæring:

«NAV har jo den holdningen at det er store behov i fremtiden innen helse og omsorg, så de veileder folk bevisst inn mot oss i omsorgssektoren. Men vi må si, det er ikke alle som skal jobbe med omsorg så det er sagt! Samarbeidet vi har med NAV eller andre instanser i å klargjøre og lære opp relativt nyankomme minoritetsspråklige, har ikke noen fast samarbeidsform eller systematikk. Det er et ad hoc samarbeid».

Diskusjon av resultater

Det kommer tydelig frem at «Utdanningsforberedende kurs i helsefag» har beriket og tilført kursdeltagere viktig kunnskap. Modellen med undervisningssekvenser over 10 treff fanger opp sentrale tema som deltagere gir uttrykk for å bli styrket av. De komponentene som er valgt ut for modellen (se oversikt foran i rapporten) er utformet på bakgrunn av målrettet arbeid med denne gruppen over tid.

I fokusgruppene i forkant av kursene ble det tematisert ulike sider ved at omsorgsyirket er nytt for mange av deltagere. Noen få personer hadde referanseramme fra sykehjem i egne hjemland, men for de fleste så var omsorg som yrke noe de måtte lære seg. Motivasjonsgrunnen for å jobbe i sektoren var flere. Noen påpekte gleden over å gjøre en nyttig jobb og bli belønnet med fornøyde mennesker som trengte hjelp. Andre påpekte de gode arbeidsmulighetene i sektoren i tiden

fremover. Omsorgssektoren er et område der det er behov for flere hender, og en del av deltagerne hadde blitt «stilet» inn mot yrket i møte med representanter fra arbeidslivet.

Deltagerne hadde både gode og vanskelige opplevelser med seg før de startet opp på kurs. Flere opplevde manglende språkkunnskaper og problemer med å forstå oppgavene de ble tildelt. Det raske tempoet i omsorgstjenesten og tjenestemottagere som raskt kunne endre helsetilstand, utgjøre et ekstra krevende bakteppe for god kommunikasjon. Flere følte at det kunne være vanskelig å tørre å spørre om hjelp eller få avklaringer på oppgaver de var tildelt. Noen av deltagere hadde opplevd negative holdninger fra både kollegaer og beboere, mens andre følte de stort sett hadde gode kollegaer som gjerne forklarte og viste frem oppgaver og rutiner. De fleste deltagere oppgav at de vegret seg for å spørre om hjelp, og foretrakk ofte å forsøke å finne ut av ting uten å involvere andre kollegaer.

I gruppene etter avholdt kurs, uttrykte deltageren at de stod sterkere i jobb og var blitt tryggere både faglig og som kollegaer i et arbeidsfellesskap med andre. Kurset løftet frem sentrale momenter ved det å utføre omsorg som profesjonell i Norge. Tema som hygiene, brukermedvirkning, taushetsplikt og kommunikasjon med både brukere og kollegaer ble opplevd som svært aktuelle og flere deltagere opplevde at de hadde manglet viktig forståelse av sentrale momenter i pleie. Ett eksempel på dette er de deltagere som ikke hadde forståelse av hva ordet «hygiene» betød, eller som ikke kjente til hvordan de skulle gjennomføre en riktig håndvask. Et annet eksempel er bruk av tvang og hvilke omstendigheter som må ligge til grunn for dette.

Flere av deltagerne var tydelige på at de etter å ha gjennomført Utdanningsforberedende kurs i helsefag, ønsket å ta utdanning som helsefagarbeider, og at kurset hadde inspirert til nettopp å gå inn i et slikt utdanningsløp. Det ble samtidig ytret ønske om at kurset vedvarte som en støtte for målgruppen fremover. Flere ønsket at kurset kunne ta opp ytterligere momenter som for eksempel det å lese og skrive rapport.

Dette støttes av resultater fra prosjekter som kan betraktes som forløpere til «Kompetansemodellen». Kursene har vist at et relativt kortvarig kursopplegg kan gjøre en stor forskjell for personer i målgruppen med hensyn til forståelse av sentrale tema i omsorgsyret (Fossbråten & Tingvold, 2015). Deltagerne fremstår med større selvtilit og trygghet etter å ha tatt kursene, og dette vil igjen påvirke deres trivsel og evne til å yte god omsorg. Kurset gav også deltagerne rom for å dele erfaringer. Prosjektet imøtekommer bekymringer knyttet til at en stor

andel helsepersonell står uten helse- og sosialfaglig utdanning, og at kommunene i stor grad vil ha utfordringer med å skaffe tilstrekkelig og kompetent bemanning i årene framover.

Intervjuene med ledere kaster et ytterligere lys over hvordan kommuner organiserer seg på ulike måter. Mens alle kommunene er oppmerksomme på at de trenger flere hender i tiden som kommer, så velger de ulike løsninger: tre kommuner går i gang med ulike varianter av å aktivt rekruttere og legge til rette for at flere personer i målgruppen kommer i jobber innen omsorgssektoren. De organiserer et samarbeid internt med NAV, voksenopplæring og egne kommunale vekstbedrifter. Kommuner i denne fasen opplevde «Kompetansemodellen» som ekstra drahjelp inn i et eksisterende arbeid de hadde. To kommuner hadde mindre eller liten aktivitet. De oppgav å ikke ha spesielt mange minoritetsspråklige i denne målgruppen i sine omsorgstjenester, samtidig som den ene kommunen hadde retningslinjer om å ikke benytte ufaglærte. Til tross for dette, benyttet begge kommunene minoritetsspråklige som vikarer. Ut i fra den informasjonen som denne evalueringen kjenner til, nås minoritetsspråklige uten fagkompetanse i liten grad med noen form for opplæring siden de i utgangspunktet er «uønsket» i likhet med andre ufaglærte.

Det er også interessant å merke seg at noen kommuner synes å anerkjenne kompetansebehovet for målgruppen mer enn andre. Én leder presiserte at det er et stort spekter av variasjon innenfor målgruppen og at *«Minoritetsspråklige i de kommunale omsorgstjenestene kan omfatte personer på flere nivåer med ulike utdanninger i bunn fra sine hjemland. Noen kan masse fra før og andre nesten ingenting»*.

Vel så viktig legger denne lederen til at det ikke er lett for de norske lederne heller, for de *«vet ikke hva de minoritetsspråklige ikke vet, og de [minoritetsspråklige] spør lite ...»*. Hun forklarte at det er en «kultur» for hvordan ting gjøres i Norge og hvordan vi tenker omsorg her, og hun la til : *«Samtidig tar vi for gitt en del ting som de [ansatte med minoritetsbakgrunn] ikke kan vite...»*

Dette synes å være en viktig utfordring i det videre arbeidet med å kvalifisere flere minoritetsspråklige i omsorgstjenesten; at ledere og mellomledere får økt kunnskap om å lede og drifte en flerkulturell stab der ansatte har forskjellige utgangspunkt for å gjøre en god jobb.

Et siste og interessant moment fra intervjuene med ledere, er at lederne i kommunene hadde forskjellig syn på hvor mye språkkunnskaper minoritetsspråklige burde ha når de begynner å

jobbe. Mens de fleste synes å kreve at personer i målgruppen skal kunne flytende norsk før de begynner å jobbe, var det to ledere som hadde en holdning til at språk er noe minoritetsspråklige lærer underveis i jobben. Dette ble også tatt opp i en av fokusgruppene der en deltager sa det samme; det beste stedet å lære norsk er på jobb. Forutsetningen for å lykkes er da at avdelingene har tatt høyde for at de har nyansatte som er i et læringsløp og at de får støtte i denne prosessen med systematisk og god opplæring av kollegaer som ønsker dem velkommen i staben.

7.0 OPPSUMMERING

Det er behov for flere helsefagarbeidere i årene framover og det er ønskelig at minoritetsspråklige uten relevant utdanning, som arbeider i helse og omsorgstjenestene gjennomfører utdanning. Kompetansemodell for ansatte med minoritetsbakgrunn ble utarbeidet med hensikt å styrke og motivere målgruppen til å utdanne seg til helsefagarbeider. I prosjektet skulle modellen prøves ut og implementeres i Gjøvikregionens fem kommuner.

Det ble for prosjektperioden etablert regionalt og tverrsektorielt samarbeid om kompetanseheving for minoritetsspråklige ansatte som arbeider i helse og omsorg, og som er uten relevant utdanning.

Prosjektets plan var å prøve ut og implementere modellen i hver av de fem kommunene i Gjøvikregionen, men erfarte i større grad å lykkes ved å gjennomføre kurs samlet for hele Gjøvikregionen i Gjøvik, enn i mindre kommuner enkeltvis.

Utdanningsforberedende kurs i helsefag er gjennomført for minoritetsspråklige i Gjøvikregionen som arbeider i helse og omsorg. Kurset har vært en stor suksess. Evaluering og kartlegging viser at kurset har bidratt til å styrke og motivere minoritetsspråklige til å gjennomføre utdanning til helsefagarbeider. Gjennom fokusgruppeintervjuer er det framkommet flere utfordringer minoritetsspråklige opplever i sin arbeidspraksis. Dette synliggjør blant annet behov for egen opplæring. Ansatte med minoritetsbakgrunn ønsker å lære og oppleve trygghet i jobben sin. Et stort flertall er i utdanning eller ønsker å utdanne seg til helsefagarbeider.

Avdelingsledere i helse og omsorg ble oppfordret til å etablere faddere for minoritetsspråklige, men utover de som allerede hadde dette fra før, ble det erfart liten eller ingen interesse for dette. Kurs om samarbeid og veiledning til kollegaer med minoritetsbakgrunn er gjennomført for ansatte i helse og omsorg i Gjøvikregionen, selv om interessen og deltakelsen har vært svært lav.

Intervjuer med ledere i helse og omsorg viser variasjoner i hvilket fokus man har på ansettelse, opplæring og oppfølging av personer med minoritetsbakgrunn, i tillegg til hva man tenker om behov for kompetanse hos denne målgruppen. Felles for alle kommunene er at det ikke eksisterer noen egen opplæring for ansatte med minoritetsbakgrunn. Det framkommer varierende kunnskap om målgruppa som ansatte i helse og omsorg, noe som også bekreftes av det som har framkommet i fokusgruppeintervjuer med deltakerne. Evalueringen synliggjør en viktig utfordring i videre arbeid med å kvalifisere flere minoritetsspråklige til omsorgstjenesten, at ledere og mellomledere får økt kunnskap om å lede og drifte en flerkulturell stab der ansatte har forskjellige utgangspunkt for å gjøre en god jobb.

Det har ikke lyktes å implementere modellen i sin helhet og i hver av Gjøvikregionens fem kommuner, men det er utarbeidet en plan for videreføring av deler av modellen i etterkant av prosjektet, der en gjennomfører modellens kurs i mindre skala og for kommunene i Gjøvikregionen samlet. Med dette implementeres modellen foreløpig i mindre omfang, men med senere mulighet til utvidelse. Dette, sammen med allerede gjennomførte tiltak vil bidra til styrket kvalitet for pasienter og brukere av kommunens pleie- og omsorgstjenester gjennom økt tilgang på kvalifiserte helsefagarbeidere.

8.0 KONKLUSJON

Kompetansemodell for ansatte med minoritetsbakgrunn har potensiale i å bidra til at flere med minoritetsbakgrunn utdanner seg til helsefagarbeider. Særlig er Utdanningsforberedende kurs i helsefag erfart som et viktig tiltak i dette. Ledelse med kunnskap, bevissthet, felles fokus og synliggjøring på alle nivå og på tvers av sektorer synes å være en viktig faktor. Prosjektet har i gjort nyttige erfaringer som er viktig å videreformidle, også utover Gjøvikregionens kommuner.

Prosjektets gjennomførte tiltak og med en stor andel kursdeltakere som nå er i utdanning til helsefagarbeider anses som innfridd hovedmålsetting i å bidra til styrket kvalitet for pasienter og brukere av kommunens pleie- og omsorgstjenester gjennom økt tilgang på kvalifiserte helsefagarbeidere.

9.0 SPREDNING SARBEID

USHT har underveis delt erfaringer om prosjektet for regional ledergruppe HO Gjøvikregionen, for forskningsprosjektet Multicare og på Omsorgsforskningskonferansen 2018. Sluttrapport publiseres via Utviklingssenter sine nettsider og kontaktnettverk for øvrig. Det vil være aktuelt å utarbeide en fagartikkel for relevante fagtidsskrifter i etterkant av prosjektet.

Modellen, med potensiale for interkommunalt og tverrsektorielle samarbeidet om kompetanseheving for minoritetsspråklige ansatte har overføringsverdi for andre kommuner. Den har også overføringsverdi innen andre sektorer og helsefaglige utdanninger. USHT Oppland er tilgjengelige for å dele erfaringer i etterkant av prosjektet.

10.0 REFERANSELISTE

Fossbråten, L, Tingvold L (2016) *Yrkesrettet språkopplæring i helsearbeiderfag*, URL: <http://www.utviklingssenter.no/yrkesrettet-spraakopplaering-i-helsearbeiderfag.5719045-176101.html>

Fossbråten, L, Sveen, S og Tingvold, L (2018) *Rekruttering av fremmedspråklige til helsefagarbeider*, URL: <http://www.utviklingssenter.no/rekruttering-av-fremmedspraklige-ansatte-til-helsefagarbeider.6127214-176096.html>

Gjøvik kommune (2016), *Nøkkeltallshefte 2016 for Gjøvik kommune*, URL: <https://www.gjovik.kommune.no/globalassets/dokumenter/samfunn/statistikk-og-analyse/nokkeltallshefte-2016.pdf>

Gjøvik kommune (2014), *Helse- og omsorgsplan 2025 for Gjøvik kommune*, URL: <https://www.gjovik.kommune.no/globalassets/dokumenter/helse-og-omsorg/planer/hoplan-revisjon-2013-red-utgave-jan14.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2006) *Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) – Mestring, muligheter og mening Framtidas omsorgsutfordringer* [online]. URL: <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>

Helse- Og Omsorgsdepartementet (2009) *Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) - Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid* [online]. URL: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Helse- og Omsorgsdepartementet (2011) *Melding til Stortinget nr 16 (2010-2011) - Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* [online]. URL: <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Melding til Stortinget nr 13 (2011-2012) – Utdanning for velferd Samspill i praksis* [online]. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-13-20112012.html?id=672836>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Melding til Stortinget 10 (2012-2013) – God kvalitet – trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* [online]. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Melding til Stortinget nr 29 (2012-2013) – Morgendagens omsorg* [online]. URL: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Melding til Stortinget nr 26 (2014-2015) – Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* [online]. URL: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Omsorg 2020, Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020* [online]. URL: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf

Malterud K (2012): *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*, Oslo, Universitetsforlaget.

Puchta C. & J. Potter (2004): *Focus group Practice*

Samarbeidsavtale vedrørende regionalt kompetansesamarbeid på helse- og omsorgsområdene mellom Gjøvik kommune og Østre Toten kommune, Vestre Toten kommune, Søndre Land kommune og Nordre Land kommune
[http://217.18.200.82:81/k2000/k2pub.nsf/viewAttachments/C125702F003DE522C1257CE6004C8639/\\$FILE/14031158.pdf](http://217.18.200.82:81/k2000/k2pub.nsf/viewAttachments/C125702F003DE522C1257CE6004C8639/$FILE/14031158.pdf)

Utviklingssenter.no, URL: <http://www.utviklingssenter.no/om-oss.176088.no.html>

VEDLEGG

Vedlegg 1

Kompetansemodell for ansatte med minoritetsbakgrunn

Om modellen: Modellen er utarbeidet i et samarbeid mellom Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oppland (USHT Oppland), Karriere Oppland Gjøvikregionen, Gjøvik Læringssenter og NAV.

Modellen innehar tre hovedområder:

- 1) Utdanningsforberedende kurs i helsefag
- 2) Fadder for minoritetsspråklige kollegaer
- 3) Samarbeidsfora

1.Utdanningsforberende kurs i helsefag

Målgruppe

Minoritetsspråklige som arbeider i helse og omsorgstjenesten og som er uten relevant utdanning.

- Med arbeid menes fast ansettelse, ulike typer vikariater, personer i arbeidstreningsspraksis og personer i siste del av språktreningsspraksis.
- Aktuelle deltakere må ha grunnleggende norskferdigheter og beherske norsk på en slik måte at en mestrer å delta aktivt i kursets fagdiskusjoner.

Utdanningsforberedende kurs i helse og omsorg

- Som del av nyansatt-program

- Som del av rutine når en tar inn personer til språktreningspraksis og arbeidstreningspraksis.

Hensikt med kurset

- Kurset skal bidra til å motivere og styrke minoritetsspråklige uten relevant utdanning til å gjennomføre utdanning i helsefag.

Kursets omfang og innhold

- 30 timer fordelt på 10 samlinger
 - o Fast ukedag, fast klokkeslett og fast møtested.
 - o 10 påfølgende uker
 - o Tidsrommet kl. 12-15 er gunstig mht. arbeidstid/vakter

Kursets innhold

- Det benyttes kursplan med fastsatte tema. Tema for kurset revideres årlig
- Samlingene bør inneha varierte pedagogiske tilnærminger, med hovedvekt på dialog, refleksjon og drøftinger
- Det bør tas utgangspunkt i deltakernes egne erfaringer, kulturelle bakgrunn og forståelse, verdier og holdninger i tilnærming til de ulike tema kurset omhandler

Vedlegg: Kursplan

Kursbevis

- Kursbevis tildeles når deltaker har deltatt på alle samlinger.
 - o For deltaker som har hatt fravær på enkelt-samlinger, gis mulighet til å gjennomføre disse på en senere kurs-gjennomføring, forutsatt ledig plass.

Organisering:

- Utdanningsforberedende kurs i helsefag gjennomføres i et regionalt samarbeid gjennom REKS
- Hvert av kursene gjennomføres i utgangspunktet en gang per halvår, med rullering av i hvilken kommune kurset gjennomføres. REKS-kontakt i arrangør-kommune er kursvert.
 - Uavhengig av hvor kurset holdes, tas det i mot deltakere fra alle kommunene i regionen
 - Hyppighet og plassering av kurs vurderes årlig.
- Kursleder bør ha helsefaglig og pedagogisk utdanning, samt bred erfaring med undervisning for fremmedspråklige grupper.
- Kurset bør ha 12- maks 15 deltakere.
 - Gruppedynamikk og trygghet i en fast gruppe vektlegges. Det bør derfor i størst mulig grad unngås at det kommer til nye deltakere underveis.
 - 12 plasser skal være med nye, faste deltakere
 - Det gis rom for at tidligere deltakere som mangler enkelt-samlinger kan delta i gruppen. Det skal i så fall være maksimalt 3 ekstra deltakere per samling.

Nye kursdeltakere

- Det må søkes om å få delta på kurset. Avklares med nærmeste leder først.
- Enkel søknad legges inn i Netigate hos REKS.
 - Noen søkere vil ha behov for hjelp til å legge inn søknad. Hjelp må gis fra den enkeltes kontakt hos Læringssenter, NAV eller i avdeling.
- Det legges inn en grense i Netigate på maks 20 søknader.
 - Tilbakemelding fra Netigate må inneholde informasjon om tidspunkt og agenda for opptakssamling.
 - Kursvert i hver kommune (REKS) kontakter hver søker for å sikre oppmøte til opptakssamlingen.
 - Mail der en ber om bekreftelse på mottatt mail
 - Ringe de som evt. ikke gir tilbakemelding
- Alle søkere må møte til opptakssamling
 - Kursleder og evt. deltakere i samarbeidsfora gjør en vurdering av språklige ferdigheter og forståelse gjennom dialog og utfylling av enkelt skjema
 - Tilbakemelding på tildelt plass eller avslag sendes på mail, der mottaker må bekrefte mottatt og forstått beskjed.

- Kopi sendes til hver enkeltes avdelingsleder og evt. fadder hos Læringssenter eller NAV.
 - REKS tar kontakt på telefon med de som evt. ikke gir tilbakemelding.
- Søkere som ikke møter på opptakssamling, gis ikke tilbud om plass på kurset og må søke på nytt ved en senere anledning.
- REKS sender ut på mail informasjon om tid og sted for første samling for de som har fått tildelt plass, der mottaker må bekrefte mottatt og forstått beskjed.
 - REKS tar kontakt på telefon med de som evt. ikke gir tilbakemelding.

Tidligere kursdeltakere som mangler enkelt-tema

- Tidligere kursdeltakere som mangler enkelttema for å få fullført kurs, må henvende seg til kursvert for å etterspørre ledig plass på de tema denne mangler. Evt. få hjelp av sin leder, fadder i avdelingen, ved Læringssenteret eller NAV til å etterspørre dette.

Felles ansvar om Utdanningsforberedende kurs i helsefag:

- Avdelingsledere har overordnet ansvar for at de som arbeider/ skal arbeide i tjenesten, og som er innenfor målgruppen, søker om deltakelse på Utdanningsforberedende kurs i helsefag når kurset skal arrangeres i arbeidsstedets kommune eller hjemstedskommune.
 - Som del av nyansatt-program
 - Som del av rutine når en tar inn personer til språktreningspraksis og arbeidstreningspraksis.
- Læringssenter og NAV sørger for at de som har eller skal ha arbeidstreningspraksis eller språktreningspraksis i kommunens helse og omsorgstjeneste søker som deltakere til Utdanningsforberedende kurs i helsefag.
 - Viktig å vurdere språklig forståelse og sikre at de som ikke er klare enda deltar på språkkurs først.
- Kursvert i REKS har ansvar for
 - Praktisk, arrangement av kurset
 - Sikre at nye deltakere har mottatt og forstått informasjon
 - Sikre at kun tidligere deltakere gis mulighet til å delta på enkelt-samlinger med tema som de mangler.

2. Fadder for minoritetsspråklige kollegaer

- Avdelingsleder har ansvar for at minoritetsspråklige har en fadder i avdelingen det første året de arbeider i tjenesten.
- Det anbefales at det i hver avdeling utpekes minimum en ansatt som har denne rollen
- Faddere deltar på 3 timers kurs som omtales nedenfor.

Kurs om samarbeid og veiledning til kollegaer med annen språklig og kulturell bakgrunn

- 3 timers kurs om samarbeid og veiledning til kollegaer med annen språklig og kulturell bakgrunn gjennomføres i et regionalt samarbeid gjennom REKS
- Kurset gjennomføres i utgangspunktet en gang per halvår, med rullering av i hvilken kommune kurset gjennomføres
 - o Ny vurdering årlig om hvor ofte kurset bør gjennomføres
- Kurset vil også være relevant for øvrige ansatte i HO.
- Aktuelle tema:
 - o Om kulturelle ulikheter
 - o Muligheter og utfordringer i et flerkulturelt arbeidsmiljø
 - Å finne muligheter
 - Å håndtere utfordringer
 - o Å veilede kollega med annen språklig og kulturell bakgrunn
 - o Dialog, deling av erfaringer, refleksjon og drøfting, case

3. Samarbeidsfora

Navngitte representanter fra Karrieresenter, Læringscenter, NAV, HO og REKS møtes en gang i året for å drøfte hvordan modellen og samarbeidet fungerer og om det er behov for justeringer. Samarbeidsfora ledes av USHT.

Kursplan, Utdanningsforberedende kurs i helsefag

Kursdag	Ukedag	Tema
		Opptakssamling
1		Pleie og omsorg i et kulturelt perspektiv – naturlig og profesjonell omsorg
2		Trygghet i rollen som assistent og veien fram til å bli helsefagarbeider Hva innebærer det å være assistent? Forventninger, ansvar og oppgaver
3		Et inkluderende arbeidsmiljø – God kommunikasjon
4		Kommunikasjon med ulike brukere - når kommunikasjonen blir utfordrende
5		Yrkesetiske retningslinjer – verdier og holdninger
6		Brukermedvirkning – Hva innebærer dette for brukeren? Hva må jeg som assistent ha kjennskap til?
7		Etiske dilemmaer i arbeidshverdagen – Taushetsplikten
8		God helse – Helsefremmende og forebyggende tiltak
9		God hygiene - Å forebygge smitte
10		Når kroppen varsler – Å være syk/ å være frisk – Hva observerer jeg og hva må jeg rapportere videre?

Intervjuguide, deltakere i forkant av Utdanningsforberedende kurs i helsefag

Kompetansemodell: Spørsmål til deltagere i fokusgruppe den 26.9.2018

Innledning: Fortell litt om deg selv:

- Hvor du kommer fra, botid i Norge, har du familie eller er du alene her?
- Hva er ditt nåværende arbeidsforhold? Erfaring fra hjemmetjeneste eller sykehjem i Norge? Hvor lenge?
- Er du i utdanning til helsefagarbeider nå? Har du noen ønsker og planer om fremtidig yrke og utdanning innen helsesektoren? Hvorfor/hvorfor ikke? Hva ville kunne hjelpe deg til å søke utdanning?
- Hvilken språkkompetanse har du? Synes du at du snakker/forstår du godt nok norsk til å jobbe med omsorg for eldre mennesker?
- Hvilken opplæring fikk du da du startet i omsorgssektoren? Hvordan ble du tatt imot av ansatte og leder? Fortell.
- Hva ønsker du å oppnå med å delta i dette kurset. Hva er dine forventninger?

Om omsorgsyirket og kultur

1. Når en person blir gammel i ditt hjemland, hvem tar seg av den gamle? Fortell om hvordan omsorg legges til rette og hvem som hjelper og hvordan.
2. Har du hatt omsorgsoppgaver i ditt hjemland? Hvis ja, hvilke og for hvem?
3. Hva er forskjeller og likheter i måten å yte omsorg på mellom ditt hjemland og her i Norge?
4. Er det andre forskjeller på å bli gammel i ditt hjemland og her i Norge? Status, roller, forventninger?

Om arbeidet ditt i dag:

5. Fortell om ditt første møte/dine første opplevelser i omsorgsyirket her i Norge. Hvordan var det å se eldreomsorg i Norge i sykehjem/institusjoner? Var det slik du hadde tenkt? Evt. hva var annerledes?
6. Hva liker du best med jobben din? Hva liker du minst? Får du hjelp eller veiledning dersom du har et problem? Når du står fast, hvem kan du spørre om hjelp?
7. Hvordan opplever du kommunikasjonen med **beboere/brukere**? Hva er vanskelig og hva er lett? Hvilke oppgaver liker du best? Spesielle opplevelser? Hvordan løser du kommunikasjonsproblemer med brukere/beboere?
8. Hvordan opplever du kommunikasjonen med **kollegaer**? Hva er vanskelig og hva er lett? Er det oppgaver du helst ønsker at dine kollegaer skal gjøre? Spesielle

opplevelser/erfaringer? Hvordan løser du kommunikasjonsproblemer med kollegaer?
Konsekvenser for oppgavefordeling?

9. Hvordan opplever du kommunikasjon med **ledere**? Hva er vanskelig og hva er lett?
Spesielle opplevelser/erfaringer? Hvordan løser du kommunikasjonsproblemer med ledere?
10. Hvordan opplever du kommunikasjon med **pårørende**? Hva er vanskelig og hva er lett?
Spesielle opplevelser/erfaringer? Hvordan løser du kommunikasjonsproblemer med pårørende?

Veien videre:

11. Hva ville hjelpe deg til å trives i jobben din enda bedre?
12. Hva vill hjelpe deg til å kunne gjøre en enda bedre jobb?

Intervjuguide, deltakere i etterkant av Utdanningsforberedende kurs i helsefag

Fokusgruppe 12.12.2018

INTRO

Takk for sist gang vi snakket sammen! Vi snakket lenge og vi lærte mye om hvordan dere opplevde å arbeide i omsorgssektoren. Hva som var lett og hva som er vanskelig med å begynne i ny jobb, forskjeller og likheter fra deres hjemland til her i Norge. Dere har nå deltatt på kurset, og vi er spente på hva dere synes. Vi starter først med en kort presentasjonsrunde igjen, og vi ønsker at alle sier litt kort om hva de syntes om kurset.

1. Organiseringen av kurset; var kurset lagt til dager/tidspunkt som passer bra for deg?
2. Oppmøte, hvor mange ganger var dere med? Bakgrunn for fravær.
3. Hvordan er dere fornøyd med selve undervisningen? Kursleder rolle? Temaene som det ble undervist i?
4. Hva var nytt for dere på kurset? (Ting du ikke visste fra før)
5. Hva tenker du om deg selv og dine språkferdigheter etter kurset? Har du blitt bedre til å kommunisere?
6. Hva tenker du om deg selv og din kunnskap om omsorgssektoren etter å ha deltatt i kurset. Forstår du mer, evt hva er blitt klarere for deg?
7. Hva synes du at du trenger å lære mer om?

GJENNOMGANG AV KURSDAGENE

Kursdag 1: Veien fram til å bli helsefagarbeider. Pleie og omsorg i et kulturelt perspektiv – naturlig og profesjonell omsorg

- Hva synes du om denne dagen? Hva tok du med deg hjem?
- Hva er vanskelig og hva er lett? Hva vil du gjerne lære mer om?

Kursdag 2. Trygghet i rollen som assistent. Hva innebærer det å være assistent? Forventninger, ansvar og oppgaver

–Hva synes du om denne dagen? Hva tok du med deg hjem?

- Hva er vanskelige og hva er lett? Hva vil du gjerne lære mer om?

Kursdag 3. Et inkluderende arbeidsmiljø – God kommunikasjon

Hva synes du om denne dagen? Hva tok du med deg hjem?

- Hva er vanskelige og hva er lett? Hva vil du gjerne lære mer om?

Kursdag 4. Kommunikasjon med ulike brukere - når kommunikasjonen blir utfordrende

- Hva synes du om denne dagen? Hva tok du med deg hjem?
- Hva er vanskelige og hva er lett? Hva vil du gjerne lære mer om?

Kursdag 5. Yrkesetiske retningslinjer –verdier og holdninger

- Hva synes du om denne dagen? Hva tok du med deg hjem?
- Hva er vanskelige og hva er lett? Hva vil du gjerne lære mer om?

Kursdag 6. Brukermedvirkning – Hva innebærer dette for brukeren? Hva må jeg som assistent ha kjennskap til?

- Hva synes du om denne dagen? Hva tok du med deg hjem?
- Hva er vanskelige og hva er lett? Hva vil du gjerne lære mer om?

Kursdag 7. Etiske dilemmaer i arbeidshverdagen – Taushetsplikten

- Hva synes du om denne dagen? Hva tok du med deg hjem?
- Hva er vanskelige og hva er lett? Hva vil du gjerne lære mer om?

Kursdag 8. God helse – Helsefremmende og forebyggende tiltak

Hva synes du om denne dagen? Hva tok du med deg hjem?

- Hva er vanskelige og hva er lett? Hva vil du gjerne lære mer om?

Kursdag 9. God hygiene - Å forebygge smitte

Hva synes du om denne dagen? Hva tok du med deg hjem?

- Hva er vanskelige og hva er lett? Hva vil du gjerne lære mer om

Kursdag 10. Når kroppen varsler –Å være syk/ å være frisk – Hva observerer jeg og hva må jeg rapportere videre

- Hva synes du om denne dagen? Hva tok du med deg hjem?

- Hva er vanskelige og hva er lett? Hva vil du gjerne lære mer om

FREMTIDEN/MÅL

8. Har kurset motivert deg til å søke ytterligere kvalifisering, f eks helsefagarbeider utdanning?
9. Hvor mange av kursdeltagere har søkt/skal søke slik utdanning?
10. Vil dere anbefale kurset til andre?
11. Har du en fast kontaktperson ved din arbeidsplass som du kan henvende seg til når du lurer på noe? Har du evt. hatt mye kontakt og støtte hos kontaktpersonen i din avdeling?
12. Opplever du at du mestrer jobben din bedre etter kurset? Mer trygghet? Forklar.

Andre kommentarer og synspunkter om kurset.

Intervjuguide ledere

Intervjuguide til evaluering: Fem ledere om kompetansemodell, 01.11.18

Tidligere i år ble din kommune kontaktet i forbindelse med et tilbud fra Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester på Gjøvik. De tilbød kurs som het «Kompetansemodell for ansatte med minoritetsbakgrunn».

Om kurstilbudet

- 1. Var dette kursopplegget aktuelt for minoritetsspråklige som arbeider i helse- og omsorg i din kommune/ditt tjenesteområde? Ja/Nei. Hvorfor/Hvorfor ikke?*
- 2. Har det vært noen dialog i, og mellom, ledernivåene i kommunen om dette kurset? Evt. hvordan synes du interessen for kurset har vært hos ledere?*
- 3. Vet du noe om interessen for kurset blant ansatte med minoritetsbakgrunn?*
- 4. Hvordan ble avgjørelser om deltagelse i kurset tatt? En del kommuner hadde i utgangspunktet flere aktuelle kandidater, men ved oppstart var det færre deltagere enn først antatt. Vet du noen om grunnlaget for dette?*
- 5. Hva tror du kunne ha hjulpet flere ufaglærte med minoritetsbakgrunn til å delta i kurset?*

Om syn på kompetanseheving for gruppen

- 6. Stadig flere personer med minoritetsbakgrunn jobber i de kommunale omsorgstjenestene. De er en sammensatt gruppe med både faglærte og ufaglærte personer. Hva er ditt inntrykk av kompetansebehov hos nyansatte ufaglærte med minoritetsbakgrunn? Er dette stort/lite? Forklar.*
- 7. Hvilke a) utfordringer og b) muligheter ser du ved å få flere ufaglærte personer med minoritetsbakgrunn inn i omsorgsyrkene? Har du noen eksempler?*
- 8. På hvilke områder mener du spesielt at det er et kompetansebehov? Forklar.*

Kommunens egne tiltak

- 9. Kan du fortelle om hvilken opplæring og introduksjon til omsorgsyirket nye ufaglærte med minoritetsbakgrunn får i helse & omsorg i din kommune?*
- 10. Hvordan organiseres opplæringen? Er det faste ansatte som står for opplæringen?*
- 11. Oppmuntres ufaglærte til å ta helsefagarbeider/fagutdanning? Ja/Nei. Hvorfor/Hvorfor ikke?*
- 12. På hvilken måte legger kommunen legger til rette for at ufaglærte med minoritetsbakgrunn får nok praksis til at de kan få tatt fagbrev?*

Strukturelle forhold

13. *Hvilke instanser i din kommune samarbeider omkring ufaglærte arbeidssøkende (innen helse og omsorg) med minoritetsbakgrunn? Nevn instansene og kort hvilke oppgavefordeling som finnes mellom instansene.*

INSTANS - OPPGAVE:

INSTANS – OPPGAVE:

14. *Hvordan og hvor ofte kommuniserer instansene med hverandre? Finnes det noen overordnede retningslinjer/planer for hvordan kommunikasjonen og oppgavefordelingen gjøres i praksis i forhold til nyansatte med minoritetsbakgrunn?*

15. *Fortell om dine erfaringer med samarbeidet. Hva fungerer godt/mindre godt?*

16. *Hvordan vil du beskrive ditt handlingsrom for å kvalifisere flere ansatte med minoritetsbakgrunn inn i omsorgsyrkene? Evt hvor strander det? Evt hva synes du at du lykkes med?*

17. *Hvordan følges enkeltpersoner (ansatte med minoritetsbakgrunn) opp? Hvem blir orientert hvis det er noe spesielt knyttet til arbeidsdeltagelsen hos den ansatte med minoritetsbakgrunn?*



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Oppland

Lene Fossbråten, USHT Oppland

KOMPETANSEMODELL FOR ANSATTE MED MINORITETSBAKGRUNN



GJØVIK KOMMUNE