

RAPPORT

Nokre teoretiske perspektiv på læring og leiing i helse- og sosialsektoren

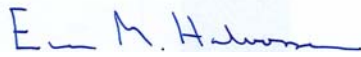
- undervegstekstar

Øyvind Glosvik (red)



RAPPORT

Postboks 133, 6851 SOGNDAL telefon 57676000 telefaks 57676100

TITTEL	RAPPORTNR.	DATO
Nokre teoretiske perspektiv på læring og leiing i helse- og sosialsektoren - undervegstekstar		
PROSJEKTTITTEL	TILGJENGE	TAL SIDER
	Open	175 (+ xiii)
FORFATTAR Øyvind Glosvik (red), Anne-Grethe Naustdal, Britt-Marie Follevåg, Rolf Horne, Margunn Thue, Evelyn Stavang og Dagrun Kyrkjebø	PROSJEKTLEIAR/-ANSVARLEG Øyvind Glosvik	
OPPDRAKSGJEVAR Eigenfinansiert	EMNEORD Organisasjonslæring, lærande leiing, organisasjonsutvikling, helse- og sosialsektoren	
SAMANDRAG / SUMMARY		
<p>Rapporten er sett saman av 10 kapittel som på ulike måtar drøftar teoretiske resonnement som kan vere nyttige for å forstå og analysere lærings- og leiingsutfordringar i helse- og sosialsektoren. Tekstane er ikkje ferdige. Dei representerer steg på vegar mot djupare forståingar. Omgrep utvikla av Nonaka (1994), Nonaka og Takeuchi (1995) og Senge (1990) vert drøfta og kopla saman med meir generelle omgrep knytt til forståing av leiing og organisasjonar slik det er utvikla av Strand (2001/2007). PAIE vert såleis i avslutninga nytta for å presentere eit integrert perspektiv på leiing og læring i organisasjonar. Dei ulike kapitla handlar elles om sjukepleiekompetanse innanfor den nye sjukehusorganisasjonen; sjukehusavdelingar som opplæringsarenaer for sjukepleiarar og turnuslegar, samarbeid mellom helsefortak og kommunar på sjukepleienivå, systemiske perspektiv på kommunale omsorgsinstitusjonar og deltaking frå leiarar og tilsette si side i samband med innføring av tonivå-organisering av kommunal omsorg.</p>		
PRIS Kr 000,-	ISSN 0806-1688	ANSVARLEG SIGNATUR
	ISBN 978-82-466-0103-2	 Eva Marie Halvorsen Dekan, Avdeling for helsefag

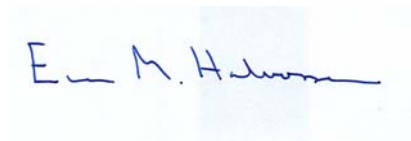
Forord

Klinisk orientering og omsorg for enkeltpasienten er – og bør være – den grunnleggende dimensjonen i sykepleieutdanningen. Tradisjonelt har likevel sykepleieren hatt et selvstendig, praktisk ansvar også for organisering og ledelse av pasientomsorgen. Stillingstitler som sjefsykepleier, oversykepleier og avdelingssykepleier har vist at yrket innenfor sykehuset har hatt et formelt ansvar for ivaretaking av kvalitetet og tjenestenivå på sykepleietjenestene. Sykehusorganisasjonen har likevel vært under stor endring. Gjennom reformer har bl.a. enhetlig ledelse blitt innført, og det er i dag ikke bare sykepleieprofesjonen, men også sykehuset, som bærer det formelle ansvaret for utvikling og vedlikehold av pleiekvaliteten.

Dette er ett av utviklingstrekkene som gjør at Avdeling for helsefag gir ut en rapport som retter søkelys på lærings- og ledelsesutfordringer i dagens helsevesen. Rammene for våre studenters yrkesutøvelse er under forandring, og det blir viktig for oss som forskningsinstitusjon å bidra til produksjon av kunnskap om disse forandringsprosessene.

Rapporten er et resultat av et samarbeid mellom tilsatte ved Høgskolen i Sogn og Fjordane og tilsatte i Helse Førde som både er sykepleieledere og studenter ved vårt masterstudium i organisasjon og leiing. Ved å knytte studentenes yrkeserfaringer som ledere til teoretiske perspektiver på ledelse og læring er det vår ambisjon å utvikle ny kunnskap om de ledelsesutfordringer helsevesenet står overfor.

Det er vanlig å si at vi lever i et kunnskapssamfunn. Det er ikke like vanlig at vi tar inn over oss hva det innebærer at kunnskap er noe ledere arbeider med. I denne rapporten prøver vi bruke slike perspektiver på helse- og sosialsektoren.



Eva Marie Halvorsen
Dekan
Avdeling for helsefag
August 2008

Øyvind Glosvik:

Undervegstekstar

Dette er 10 tekstar som ikkje er ferdige. Dei er undervegs mot noko anna. Dei representerer utsnitt av arbeid forfattarane på ulike måtar bearbeider med tanke på andre formål og vidare formål.

Dagrunn Kyrkjebø, Rolf Horne, Evelyn Stavang og Margun Thue er alle sjukepleiarar og tilsette i Helse-Førde. Samstundes er dei studentar ved masterstudiet i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Dei legg fram tekstar som skal nyttast for å analysere lærings- og utviklingsprosessar i helsevesenet. Vi talar om 'lærande organisasjonar', om 'kunnskapssamfunnet' og om 'kontinuerleg forbettringsarbeid'. Men kva betyr dette for leiarar i helsevesenet som skal forstå avdelingane sine som 'lærande einingar', samstudens som dei skal drive avdelingane med dei pasientane dei har og med dei tilsette dei har?

Britt-Marie Follevåg har også skrive sitt kapittel som masterstudent, men er tilsett ved Høgskulen i Sogn og Fjordane og har ein annan innfallsvinkel til helsestellet. Ho er oppteken av at reell 'brukarmedverknad', 'samordning' og 'koordinering' grunnleggjande utfordrar den tradisjonelle organisasjonsforståinga knytt til produksjonen av viktige velferdsgode. Follevåg drøftar det som vert kalla systemiske tenkjemåtar, og syner at det innanfor både leiings-, planleggings- og medverknadstenkinga finst alternativ til den hierarkiske kontroll- og kommando-tenkinga som dominerer innanfor dei kommunale velferdssystema.

Dette er ei meining med 'undervegstekst', det er masterstudentar som på veg mot ei masteroppgåve skildrar ulike teoretiske resonnement som kan vere nyttige for å forstå kunnskapsprosessar i helse- og sosialsektoren. Dette er også det heilt sentrale i Anne-Grethe Naustdal sine kapittel. Ho skriv i to kapittel om korleis innføring av einskapleg leiing i sjukehusa har påverka kunnskapsprosessane mellom sjukepleieleiarar i eit helseforetak. Naustdal var den første som tok mastergraden i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane og kapitla er utdrag frå masteroppgåva hennar. Ho er tilsett ved avdeling for helsefag og underviser ved sjukepleiestudiet. Kunnskapsleiing i sjukehus er tema for vidare fordjupning og tekstane hennar er i denne samanheng undervegstekstar mot vidare fagleg fordjupning og kvalifisering.

Øyvind Glosvik bidreg med tre tekstar. Den første tek utgangspunkt i eitt av fleire interne forbetnings- og utviklingsprosjekt ved masterstudiet i organisasjon og leiing: Tekstutvikling som reiskap for læring og utvikling i organisasjonar. Ideen i dette kapitlet er å syne korleis ein ved å arbeide med tekstar i ein studiesamanheng kan gripe direkte inn i studentanes yrkes- og organisasjonsliv på måtar som sjeldan eller aldri får merksemd, verken av studentane eller lærarane deira. I det andre bidraget drøftar drøfta Øyvind Glosvik korleis det Peter Senge kallar den femte disiplinen kan forståast som utøving av leiing i helse- og velferdsorganisasjonar.

Den tredje og siste teksten frå Glosvik si side er ei drøfting av utvalde deler av dei andre bidraga. Formålet er å utvikle eit integrert leiingsperspektiv på læringsutfordringar i helse- og sosialsektoren.

Øyvind Glosvik (red): Nokre teoretiske perspektiv på læring og leiing i helse- og sosialsektoren - undervegstekstar

Innhald:	Side
<i>Opplysingsside</i>	<i>i</i>
<i>Forord</i>	<i>iii</i>
<i>Undervegstekstar</i>	<i>iv</i>
<i>Innhald</i>	<i>vi</i>
<i>Tabellar og figurar</i>	<i>vii</i>
<i>Om forfattarane</i>	<i>x</i>
<i>Samandrag</i>	<i>xii</i>
 <i>Øyvind Glosvik:</i>	
1. Når teori møter praksis	1
1.1 Tekst som grunnlag for læring?	1
1.2 Røyndomssjokket	2
1.3 Eit epistemologisk grep på møtet med organisasjon og leiing	5
1.4 Lærande organisasjonen – vi konstruerer våre liv	8
 2. Den femte disiplinen i praksis	15
2.1 Eit samansett læringsperspektiv	17
2.2 Læring i eit systemisk perspektiv	22
2.3 Den lærande leiaren ved eit lærande sjukehus	27
2.4 Den femte disiplinen som overordna analysereiskap..?	36
 <i>Dagrun Kyrkjebø:</i>	
3. Sjukehusavdelingen som læringsarena	39
3.1 Kva gjer praksisopplæringa med avdelingen?	39
3.2 Måtar å forstå læring i helseinstitusjonen	39
3.3 Måtar å forstå kunnskapsoverføring i helseinstitusjonen	46
3.4 Sjukepleiaren som kunnskapsarbeidar	53
 <i>Rolf Horne:</i>	
4. Turnuslegars læring i sjukehusavdeling	59
4.1 Kva påverkar turnuslegars læring?	61
4.2 Kvalitetsforbetring og læring	66
4.3 Sosialisering og identitetsbygging	71
4.4 Avdelingsleiinga si rolle	73
 <i>Evelyn Stavang:</i>	
5. Kunnskapsoverføring mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta	75
5.1 Samhandling mellom nivåa som kunnskapsproblem?	75
5.2 Sjukepleie og sjukepleiekunnskap	80
5.3 Strands kontekstperspektiv på leiing	83
5.4 Leiingsperspektiv og kunnskapsformer	86

Margunn Thue:

6. Leiarutfordringar i to-nivåkommunen	95
6.1 Perspektiv på leiarrolla i endringsarbeidet	95
6.2 Måtar å forstå endring i organisasjonar	99
6.3 Leiarrolla i samband med endringsprosessar	100
6.4 Leiing av omstillingsprosessar i helse- og omsorgseiningar	104

Brit-Marie Follevåg:

7. Systemisk tenking i kommunale helse- og sosialtenester	107
7.1 Korleis sikre heilskap og koordinering?	107
7.2 Systemisk perspektiv på organisasjonen	108
7.3 Medverknad og innverknad	115
7.4 Samhandling på tvers av fag og system	117

Anne-Grethe Naustdal:

8. Sjukehusorganisasjonen i endring	121
8.1 Leiing i sjukehus	124
8.2 Einskapleg leiing i møte med praksis	125
8.3 Sjukepleieleiing	129
8.4 Utfordringar for sjukepleieprofesjonen?	131
9.0 Sjukepleie og kompetanseutvikling	137
9.1. Sjukepleie som profesjon	137
9.2 Kunnskapsutvikling innan sjukepleieprofesjon	144
9.3 Evidensbasert sjukepleie	147
9.4 Leiing og kompetanseutvikling	149

Øyvind Glosvik:

10. Mot eitt perspektiv på leiing og læring i organisasjonar?	153
10.1 "Verkar" leiarar i organisasjonar?	153
10.2 Nonaka og Takeuchi: Fire typar kunnskapstileigning?	160
10.3 Peter Senge: Fire av disiplinane i lys av grunnskjema	167
10.4 Kva som bind saman – om grunn dimensjonane	170

Tabellar og figurar

Tabellar:

1.1 Oversyn over ulike retningar si forståing av kunnskapsutvikling i steg	3
2.1 Læring og læringsåtfærd (etter Cato Wadel, 2002)	22
4.1 Fire former for kommunikasjon (Nonaka og Takeuchi, 1995)	65
4.2 Kunnskapsspiralen bind saman	72
5.1 Nonakas oversyn over fire modus for kunnskapsutvikling (1994)	82
5.2 Nonaka og Takeuchi knytt til Strands perspektiv på leiing	93
6.1 Samheng mellom ulike organisasjonsendringar	100
8.1 Nye leiarroller i sjukehus (etter Vareide, 2004)	127
10.1 Hypoteser om leiarverknad innanfor ulike konfigurasjonar	158

10.2 SEKI-modellen (Nonaka og Takeuchi, 1995)	161
10.3 Fire typar kunnskapskapital (Nonaka og Takeuchi, 1995)	162

Figurar:

1.1 Profesjonanes møte med organisasjon og leiing	6
1.2 Organisasjonsvitarens utfordringar	8
1.3 Roth og Kleiners ide om læringshistorier	11
2.1 Den systemiske læringsmodellen	26
3.1 Joharivindauget (Luft og Ingram, 1955)	47
3.2 Læringstilhøve mellom to personar (Wadel, 2002)	51
3.3 Kunnskapens overgangsformer (Nonaka, 1994)	53
4.1 Flytsona (Wadel, 2002)	61
5.1 Kunnskapsutviklingsspiralen (Nonaka og Takeuchi, 1995)	83
5.2 Dei fire funksjonelle områda og tilhøyrande leiarroller (Strand, 2007)	84
10.1 Grunnskjema for PAIE (Strand 2007 s. 250)	156
10.2 Grunndimensjonane, organisasjonstypar og leiarroller	157
10.3 Transaksjons- og transformasjonsleiing i lys av grunnskjema	159
10.4 Fire kunnskapsutviklingsprosessar i lys av grunnskjema	164
10.5 Fire av disiplinane i lys av grunnskjemaet	166
10.6 Utvikling av grunnskjema i systemisk retning	171
10.7 Eitt samla perspektiv på leiing og læring innanfor grunnskjema	173

<i>Litteraturliste</i>	179
------------------------	-----

Om forfattarane:

Brit-Marie Follevåg

Utdanna psykiatrisk sjukepleiar og tilsett som høgskulelærer ved HSF sidan 2006. Har tidlegare jobba som psykiatrisk sjukepleiar ved ulike institusjonar, samt vore leiar for ulike einingar i kommunale helse- og sosialtenester. Interessefeltet er å sjå heilskap og legge til rette for innverknad frå tilsette og brukarar, uavhengig om ein er leiar eller terapeut. Bur i Sogndal, fødd og oppvaksen i Dale i Sunnfjord. Ferdig master i organisasjon og leiing ved HSF våren 2008.

Øyvind Glosvik

Førsteamanuensis ved Avdeling for økonomi og reiseliv, Høgskulen i Sogn og Fjordane. 50 år og busett i Førde. Dr polit i 2001 ved Universitetet i Bergen. Har vore forskar ved Norsk institutt for by- og regionforskning og Vestlandsforskning. Tilsett som studieansvarleg/studieleiar ved Høgskulen i Sogn og Fjordane frå 1998 til 2007. Fagstilling ved masterstudiet i organisasjon og leiing sidan 2007. Underviser og forskar i problemstillingar knytte til kunnskapsutvikling, leiing, planlegging og organisering i offentlege organisasjonar.

Rolf Horne

Elektrikar som vart sjukepleiar i 1988. Utdanna til psykiatrisk sjukepleiar i 1991. Er 47 år og har arbeidd nesten 20 år innan fleire fagfelt i spesialisthelsetenesta. Dei siste 7 åra som leiar, no som avdelingssjef i Helse Førde HF. Midt i desse åra eitt år som lærar i vidaregåande skulee. Har 30 studiepoeng i organisasjonspsykologi. For tida i avslutningsfasen av masterstudiet i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane på deltid.

Dagrun Kyrkjebø

Arbeider som oversjukepleiar ved Barneavdelinga ved Førde Sentralsjukehus. Er 36 år. Sjukepleiarutdanning frå Stord Sjukepleiarhøgskule 1994. Masterstudent ved Høgskulen i Sogn og fjordane frå hausten 2004. Interessert i læring og kunnskapsutvikling i organisasjonar. Er særleg oppteken av oppfølging av studentar i sjukehusavdeling, opplæring av nyttilsette og utvikling av sjukepleiefaget.

Anne-Grethe Naustdal

Sjukepleiar og master i organisasjon og leiing. Høgskulelektor ved avdeling for helsefag, Høgskulen i Sogn og Fjordane. Tidlegare studieleiar for sjukepleieutdanninga. Særleg oppteken av problemstillingar knytte til sjukepleieing og studier av kunnskapsprosessar i helseinstitusjonar.

Evelyn Stavang

37 år gammal og bur og arbeider i Førde. Var ferdig utdanna sjukepleiar ved Høgskulen i Sogn og Fjordane i 1992. Etter dette har vore tilsett ved Førde sentralsjukehus, med unntak av eitt års permisjon for å arbeide ved brannskadeavsnittet på HUS. Av vidareutdanning kan nemnast rettleiing og no snart endt mastergrad. Har sidan 2004 vore oversjukepleiar ved kirurgisk avdeling, FSS. Er oppteken av leiing som fag, organisasjonsutvikling, kunnskapsdanning, kunnskapsoverføring og læringsperspektiv i sjukehusorganisasjonen

Margun Thue

Oversjukepleiar ved Lærdal sjukehus, ortopedisk avdeling. Sjukepleiar, 42 år. Busett i Lærdal. Jobba som leiar dei siste åtte åra ved eit lite lokalsjukehus som har hatt mange endrings- og nedleggingsforlag hengande over seg. Har gjennom masterstudiet i organisasjon og leiing fått ytterlegare styrka interessa for leiing. Særskildt interessert i teoretiske perspektiv på endringsleiing. Ferdig master i organisasjon og leiing sommaren 2008.

Samandrag:

Nokre teoretiske perspektiv på læring og leiing i helse- og sosialsektoren – undervegstekstar

Dei arbeida vi presenterer her har som ambisjon å utvikle det teorigrunnlaget som trengs for at leiarar som ynskjer å gripe inn i kollektive prosessar skal kunne gjere dette på ein systematisk og godt forstått måte. Dei ulike kapitla har dette til felles: Dei byggjer på grunnleggjande idear om at endring i organisasjonar er mogeleg, men det trengs eit fundament av abstrakte omgrep som seier noko om korleis samspelet mellom leiing og tilsette bør forståast i eit lærings- og kunnskapsperspektiv.

Det første kapitlet har to budskapar. Den eine er knytt til at sosialkonstruktivistiske tenkemåtar slik vi kjenner dei frå idear om lærande organisasjonar, opnar for ei noko anna forståing av leiarrolla enn meir tradisjonelle teoriar om leiing. Det opnar for ei langt meir aktiv og pågåande leiarrolle. Tanken er at den einskilde leiar si forming av idear, omgrep og abstraksjonar om sitt eige arbeid påverkar og styrer kollektive prosessar i sterkare grad enn tradisjonell teori tilseier. Den andre budskapen er at studenttekstar produserte av deltidsstudentar vert undervurderte som kjelder til innsikt og forståing, både av studentane sjølve, lærarane og dei organisasjonane dei arbeider i.

Det andre kapitlet gjer greie for ei tolking av Peter Senges fem disiplinar i den lærande organisasjonen, slik dei kan arte seg som utøving av leiing i ein helse- og sosialkontekst. Med ”den femte disiplinen” meiner Senge systemisk tenking. Det betyr ei leiting etter samanhengar, tilkoplingar og overordna mønster. Systemisk tenking utfordrar meir reduksjonistiske innfallsvinklar til læring og leiing i organisasjonar, men er ofte vanskeleg tilgjengeleg fordi det utfordrar etablerte, hierarkisk grunnjevne idear om organisasjonar. Kapitlet introduserer ”den systemiske læringsmodellen”, der systemisk tenking vert drøfta langs to dimensjonar: Kompleksitet og relasjonar.

Refleksjon over samspelet mellom teori og praksis er rekna som grunnleggjande viktig for tileigning av kunnskap. Dette er eit sentralt innslag i sjukepleieutdanninga. Det er mange som er opptekne av korleis sjukepleiestudentar lærer når dei er i praksis, men svært få er opptekne av det som vert drøfta i det tredje kapitlet: Korleis skal vi teoretisk forstå korleis det påverkar ein sjukehusavdeling at den er opplæringsavdeling? Kapitlet drøftar eit teorigrunnlag som skal nyttast for å analysere opplæringsavdelingar som lærande organisasjonar. Nonaka og Takeuchi si forståing av kunnskapsoverføringsprosessar er viktig i dette kapitlet.

Nonaka og Takeuchi er viktige også i drøftinga i kapittel fire. Her er også sjukehuset som læringssystem i sentrum. Det er sjukehusorganisasjonen si organisering av turnusleganes obligatoriske teneste det handlar om. Legane er sjølvsgatt grunnleggjande viktige i sjukehuset, men det vert sjeldan fokusert på korleis dei blir legar i meninga tileignar seg den kunnskapen som ikkje er knytt til medisinen som fagdisiplin, men til sjukhuset som organisasjon og legeyrket som profesjon.

Nonaka og Takeuchi er også sentrale i det femte kapitlet, der tilhøvet mellom primærhelsetenesta på kommunenivå og spesialisthelsetenesta i foretaka vert drøfta som eit læringstilhøve. Vi kan vanskeleg sjå føre oss ei fullgod kvalitetsheving som ikkje omfattar relasjonen mellom desse to grunnleggjande delene av helsesektoren.

Verdien av deltaking frå medlemene og aktivisering av dei menneskelege ressursane i stort og smått vert rekna som ein av berebjelkane i den lærande organisasjonen. Dette er utgangspunktet for ein presentasjon av eit teorigrunnlag som skal leggjast til grunn i ein studie av omorganiseringar helse- og omsorgssektoren i to kommunar. Dette er tema for kapittel seks.

Den kommunale omsorgssektoren er også tema for kapittel sju, der forfattaren tek utgangspunkt i deler av det som vert kalla systemisk teori, og drøftar om slike innfallsvinklar kan vere ei alternativ kjelde til å forstå korleis ei lang rekkje problem knytt til planlegging, målformulering, koordinering og styring av tenestene i denne sektoren kan forståast.

Kapittel åtte og ni er spesielt opptekne av kunnskapsutviklingsprosessar i sjukepleieyrket innanfor rammene av dei mange reformene i sektoren. Kapittel ni tek som utgangspunkt at sjukehusreforma med einskapleg leiing spesielt hadde som eitt av formåla å gjere ansvarsdelinga i sjukehus klarare. Dagens leiingssystem bryt med det tradisjonelle leiingssystemet i sjukehus og har ført til endra maktforhold. Tidlegare har profesjonane, i alle fall til ei viss grad, bestemt over sin ei eiga verksemd inne i institusjonen – på den einskilde avdeling. Dette har i prinsippet vore muleg på grunn av at sjukehuset sin faglege struktur som har vore sterkt desentralisert. Sjukepleietenesta har slik sett tradisjonelt vore leia av ein sjukepleiar, sjølv om ein sjølvsgatt har vore underlagt administrative rammer og blitt påverka av krav om endring, medisinsk teknologisk utvikling og spesialisering. Sjukepleiarane har likevel hatt ein viss faglege autonomi med omsyn til både organisering av sjukepleietenesta og den faglege utviklinga. Det er på bakgrunn av dette rimeleg grunn til å tenke seg at endra leiingsstruktur/maktforhold vil påverke utviklinga av sjukepleiefaget i ei eller anna retning.

Dette er ei hypotese som vert vidareutvikla i kapittel ni. Arbeidsgjevar og arbeidstakar har et felles ansvar for at kvaliteten på helsetenester som blir ytt, er tilfredsstillende. Planlegging, utvikling, organisering og utnytting av sjukepleieprofesjonen sin kompetanse er sentrale stikkord. I takt med samfunnet si utvikling endrast også krava til kva kompetanse som er nødvendig eller ynskjeleg. Det har skjedd store omstillingar i sjukehusa etter innføring av sjukehusreforma som igjen får tyding for kompetansebehovet. Innføring av einskapleg leiing, som har ført til at dei fleste sjukehus i dag er organisert utan profesjonsspesifikke, faglege leiarstillingar på avdelingsnivå, kan synast å ha gitt sjukepleieprofesjonen nye utfordringar i høve leiing av sjukepleiefaget og utvikling av den sjukepleiefaglege kompetansen. Sjukepleiarkompetanse handlar både om å forstå og om å kunne handle i den nye organisasjonsrøynda.

Det er den nye organisasjonsrøynda som skapar behov for å tenkje gjennom dei omgrepa som kan nyttast for å reflektere over sambandet mellom leiing og læring i helseinstitusjonane. I kapittel 10 vert eit utval av dei teoretiske innfallsvinklane i dei andre kapitla samla og drøfta i eit integrert omgrepsapparat. Dette tek utgangspunkt i eit etablert grunnskjema for organisasjon og leiing, kjent som PAIE. Ved å definere fire konfigurasjonar; ekspertorganisasjonen, entreprenørorganisasjonen, gruppeorganisasjonen og hierarkiet får vi ei ramme der ulike leiings- og læringsomgrep kan drøftast. Den overordna hypotesen er at det er mogeleg å integrere både Senges, Nonaka og Takeuchi og andre forfattarars omgrep ved hjelp av det etablerte grunnskjemaet.

Øyvind Glosvik¹:

1. Når teori møter praksis

Gjennom ein del år har eg vore studieansvarleg og studieleiar for ei administrativ etterutdanning Høgskulen i Sogn og Fjordane tilbyr vaksne studentar med profesjonsbakgrunn. Studiet leier fram til ein mastergrad i organisasjon og leiing. Studentane kan velje spesialisering i utdanningsleiing eller helse- og sosialleiing². Studentane har leiarstillingar, eller er på veg inn stillingar som einingsleiarar, avdelingsleiarar avdelingssjukepleiarar, pleie- og omsorgsleiarar, rektorar eller inspektørar. Mange av dei stiller spørsmål ved måten kollektiva dei er medlemmer av vert organisert og leia. Dei har med seg opplevingar og erfaringar dei ikkje er ferdige med, som ofte plagar dei og som eg trur er ein del av drivkrafta for å søkje seg mot ei organisasjons- og leiingsorientert utdanning. Dette representerer ei utfordring for oss som skal lære dei å handtere det dei har fått mistanke om er viktige dimensjonar i utøvinga av leiarrolla, men som dei ikkje har gode nok omgrep til å reflektere over. Sagt på ein annan måte: Profesjonsutøvarar innan offentleg sektor har høyrte om refleksjon over praksis, men dei har sjeldan tenkt over at leiing også er ein praksis ein kan tenkje over. Innsikt vert ikkje berre til i møtet med ein lidande pasient eller ein vanskeleg klient. Men også i møtet med ein vanskeleg kollega..

1.1 Tekst som grunnlag for læring

Eit praktisk utgangspunkt er også at alle studentane no skriv eit mangfald av undervegstekstar (arbeidskrav, essay, artiklar) på vegen mot ei masteroppgåve. Dette er på den eine sida eit resultat av høgskule- og universitetsreformen si vektlegging av nye undervisnings- og vurderingsformer, men det er også eit resultat av at slike som meg trur på teksten som eit verdifult reiskap i utvikling av refleksive evner. Reformen har opna for ei fornying av pedagogiske og didaktiske idear på fleire nivå.

Så står vi der då, med stor tekstproduksjon i studia våre. Eit biresultat av at studentane skriv mykje, er at eg må lese mykje. Vi får mange sider tekst å forhalde oss til. Og mykje av denne teksten er interessante inngangsportar til eit arbeidsliv som i seg sjølv er undervisningstema i studiet. Når vi organiserer undervisning for vaksne

¹ Deler av denne teksten er også publisert i Matre og Hoel (2007) som kapitlet "Tekstar som starthjelp i organisasjonsrefleksjon – ein mogeleg vegvisar til den lærande organisasjonen?"

² <http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/2305>

deltidsstudentar i fullt arbeid som leiarar, er grensene mellom konteksten arbeid og konteksten studier også i beste fall flytande. Dette legg vi også sjølve opp til når vi krev at dei skal gjennomføre røyndomsnære arbeidskrav eller stiller krav om at eksamenstekstar skal vere knytte til eige arbeid eller eigen yrkespraksis. Dette leier meg til å stille eit overordna spørsmål: Har tekstane dei skriv, verdi ut over å vere øvingar for øvinga sin del? Dersom dei har det, korleis skal vi reint epistemologisk tenkje omkring slike tekstar, og kva metodar og framgangsmåtar kan vi nytte for å bearbeide den meirverdien tekstane representerer? Konkret spør eg om tekstar studentane skriv kan nyttast som ein reiskap – som eit bidrag – til større forståing innanfor den organisasjonen dei er knytte til. Eg spør også om dei av oss som står utanfor desse institusjonane kan ha nytte av å lese korleis studentane legg til rette for refleksjon omkring leiings- og organisasjonsutfordringar i organisasjonane sine. I dette kapitlet drøftar eg det epistemologiske rammeverket for slike spørsmål.

Fem av kapitla i denne rapporten er skrivne av studentar som legg til rette teoriarbeid som skal brukast til organisasjonsrefleksjon slik eg definerer det i det vidare. Dette er materiale som er skrivne av studentar – men dei er berre studentar i tydinga formelt knytte til ein høgskule som kan gi dei studiepoeng. Eigentleg er dei erfarne fagmenneske som er i ferd med å gjere eit nytt hopp i si karriere.

Eg vil streke under at dette arbeidet i seg sjølv er eit døme på at eg lever som eg preiker: Eit kvart møte mellom menneske kan danne grunnlag for refleksjon og ny kunnskap. ”I dette møtet har du sjølv full kontroll over dine tankar og idear”, seier eg til studentane mine. Slik sett er møtet med studentanes tekstar eit grunnlag for refleksjon og innsikt for meg, ei innsikt eg bevisst brukar for å forandre det studiet dei sjølve og eg er del av.

1.2 Røyndomssjokket

I både pedagogisk litteratur, arbeida om læring i organisasjonar og i teoriar om læring meir generelt finn vi ulike framstillingar av individuelle og kollektive læringsprosessar som stegvise prosessar. Tabellen nedanfor gjev eit oversyn over mogelege bidrag. Eit viktig budskap i oversynet er at når vi møter studentar som frivillig stiller til etter- og vidareutdanning³, er det truleg dei som no står overfor eit viktig hopp i si

³ Eg nemner dette fordi ikkje alle studentar tek etter- og vidareutdanning fordi dei vil det sjølve. Det er arbeidsgjevar som pressar dei.

karriereutvikling: Dei har erfaring, dei er ikkje lenger noviser eller nybyrjarar. Kva skal vi, og kva kan vi, gjere for å dytte dei over i neste kunnskapssteg?

Innan profesjonsfaga er det vanleg å syne til Donald Schöns arbeid ”The Practitioner in Action” frå 1966/1983. Det grunnleggjande perspektivet hans er at universitet og høgskular som utdannar dei profesjonelle gjennom den formelle utdanning nærast pr. definisjon ikkje førebur studentane til yrket dei kvalifiserer dei for. For utdanninga er ikkje utøvinga. Spissformulert seier Schön at røyndomssjokk inntreer når den ferdige kandidaten oppdagar at verda ikkje vil rette seg etter kartet – etter dei teoriene han pugga for å stå til eksamen. Saman med Chris Argyris utvida Schön perspektivet til å gjelde organisasjonar og kollektive system (1996). Gjennom omgrepa enkeltkrets- og dobbeltkretslæring vil dei syne korleis organisasjonar i sine produksjons- og handlingsmønster normalt konsenterer seg om enkeltkretssløyfer som reproduserer enkle handlingar. Dobbeltkretslæring handlar om typar refleksjon som kan forandre på dei enkle modellane. Dobbeltkretslæring er sjeldan, seier dei, spesielt er systematisk dobbeltkretslæring det. Meir naturleg er det å tenkje seg at ulukke, kriser og andre spesielle hendingar oppnar for denne overordna forma for refleksjon.

Læring på fleire nivå – loops Argyris og Schön, Bateson	Pedagogisk teori -stegvis utvikling av kunnskap - situert læring	Tileining av tekst – avanserte nivå Blooms taxonomi	Nivåa – Dreyfus og Dreyfus
Enkeltkrets – ikkje stille spørsmål. Lær enkle reglar	Gjere eigne erfaringar, kategorisere	Pugge, kjenne att, repetere	Nybyrjar, avansert nybyrjar
↓	↓	↓	↓
Stille spørsmål ved verdier og relasjonar, dobbeltkrets	Kople til generell teori, abstrahere – kople til eksisterande kunnskap utanfor	Organisere og vurdere sjølvstendig	Kyndig utøvar ekspert

Tabell 1.1: Oversyn over ulike retningar si forståing av kunnskapsutvikling i steg

Bateson (1972) introduserte ideen om læring på fleire nivå. Argyris og Schön byggjer på Bateson når dei drøftar kor vanskeleg det er å bryte enkeltkretslæringsprosessar:

Under normale omstende opererer menneska med eit språk som stadfestar det vi veit, meir enn utfordrar eller undergraver det. Organisasjonar søker pr. definisjon mot stabilitet (Weick og Westley, 1996, Thompson, 1971). Stabiliteten underbyggjer denne tendensen til stadfesting eller underkastning av status quo.

Donald Schöns noko stiliserte framstilling av tradisjonell profesjonsopplæring som tileigning av modellar i abstrakt språk eller form vert innan pedagogisk tenking utfordra mellom anna av det situerte perspektivet (Lave og Wenger, 2003). Ideane om problembasert læring inneheld også ein indirekte kritikk av den tradisjonelle innlæringa av abstrakte modellar. Felles for dei som set søkelys på kontekstuelle fellesskap, praksis og handlingar eller konkrete eller abstrakte problem som utgangspunktet for auka innsikt og raskare læringsprosess mellom individ, er ein overgang frå deduktive til induktive tilnærmingar⁴. Induktive tilnærmingar krev at ein utviklar evner til refleksjon, medan deduktive tilnærmingar først og fremst utfordrar dei analytiske evnene våre. Hovudbodskapen er, trur eg, at koplinga til abstrakte, analytiske kategoriar først verkeleg framstår som nyttig for den som også evner å reflektere over kor lite dei faktisk fangar av røyndomen. Noko som er det paradoksale poenget med abstrakte, forenkla kategoriar. Du må ha opplevd kaos før du verkeleg set pris på ein klargjerande dikotomi!

I Taxonomy of Educational Objectives frå 1984 syner Bloom korleis ulike nivå av læring kan knytast til ulike utdanningsformål. Bloom seier at dei to passive læringsmåla er å kunne noko og å forstå noko. Aktive læringsformål eller metodar kan vere å bruke, analysere, syntetisere og å vurdere. Det er klart at Bloom her syner korleis det gje att ein tekst, ein modell eller eit sett av fakta, fundamentalet er noko anna enn å vurdere om denne teksten, modellen eller faktaopplysningane er gode, korleis dei skal tolkast og i kva kontekst gode og dårlege vurderingar er gyldige.

Dette er også hovudbodskapen Dreyfus og Dreyfus (1988) kjem med når dei talar om korleis vi tileignar og utviklar våre kunnskaper og ferdigheter i steg frå nybyrjar til ekspert. Det som særpregar denne utviklinga er ei gradvis frigjering av handlingane våre frå reglar og kontekstfrie abstraksjonar ("fakta") til ei intuitiv og induktiv vurdering av fakta og observasjonar. Dreyfus og Dreyfus sin ekspert treffer val utan å tenkje seg om. Ikkje fordi han ikkje lenger analyserer fakta, men fordi analysen er knytt til intuitive analyser av det Bateson kallar vage kontekstmerke som fortel korleis situasjonar skiftar og endrar rammene for rett og gale på måtar nybyrjaren ikkje

⁴ Eg skuldar Knut Roald for å ha gjort meg merksam på dette.

kan sjå. Patricia Benner har i fleire arbeid tilpassa Dreyfus og Dreyfus'modell for analyse av kunnskapsutvikling mellom sjukepleiarar (sjå td. 1995).

Innanfor svært mykje av litteraturen om læring i organisasjonar (læring i formelle, sosiale system) vert ulike nemningar på kunnskapsutvikling gjennom steg nytta. I nyare litteratur er Nonaka (1994) grunnleggjande viktig, det same er Argyris og Schön, men Probst og Büchel (1997) listar ei rekkje forfattarar (18), som har utvikla terminologi knytt til dei ulike typane læring ein meiner i større og mindre grad finn stad i kollektive system.

Felles for litteraturen eg her syner til er at alle peikar på korleis organisasjonsmedlemer tileignar seg profesjonell eller organisatorisk relevant innsikt gjennom steg, sprang eller nivå etterkvart som dei møter utfordringar som krev individuell refleksjon, reorientering eller verdival. Den organisasjonsretta litteraturen er særleg relevant for dei som er opptekne av korleis ulike organisasjonskontekstar (Strand 2001) legg føringar på, eller styrer, desse prosessane. Den japanske forfattaren Nonaka (1994) er særleg relevant når han skriv om vilkår for kunnskapsutviklingsprosessane.

Spørsmålet mitt er om vi gjennom tekstar og bearbeiding av tekstar kan påverke gangen i stega studentane våre er i ferd med å ta – etterkvart som dei kjem til oss med sine meir eller mindre klart formulerte frustrasjonar, opplevingar og spørsmål som syner at verda nok var noko meir komplisert enn vi fortalde dei i bachelorutdanninga.

1.3 Eit epistemologisk grep på møtet med organisasjon og leiing

Mine studentar er sosionomar, lærarar, sjukepleiarar, fysioterapeutar og barnevernspedagogar. Eg definerer ikkje profesjonsfenomenet grundig her.⁵ Lat oss berre slå fast at ein profesjonsutøvar har ei utdanning som gjev han eller henne tilgang til stillingar dei meir eller mindre har monopol på. Utdanningsinstitusjonen dei kjem frå bidreg i større eller mindre grad til kunnskapsproduksjon som legitimerer utøvinga av yrket og dermed opprettheld yrkesmonopolet.

Når studentane møter til noko dei oppfattar som ei vidareutdanning i administrative emne, må vi velje kva slags innretning eller fundamentalt teorigrunnlag

5 Sjå td. Abbot, A, *The System of Professions* (1988) eller Bertilsson, M, "The welfare state, the professions and the citizen", i *The Formation of Professions*, ed. by R. Torstendahl and M. Burrage (1990) for ei grundig drøfting av profesjonsfenomenet. Særleg interessant er kanskje spørsmålet om profesjonane vert truga i det postmoderne samfunnet. Deira tilknytning til modernismen er nærmast påtrengjande tydeleg, men ikkje noko viktig poeng her.

vi skal byggje denne utdanninga på. Figuren nedanfor prøver å syne dette gjennom to epistemologiske dimensjonar.



Figur 1.1: Profesjonanes møte med organisasjon og leiing

Den eine dimensjonen peikar på at kunnskap kan vere sterkt knytt til ein praksis og utøvinga av det vi oppfattar som nærast handtverkstilknytt kunnskap. I si naturlegaste og mest umiddelbare form er denne kunnskapen taus, i form av ikkje-nedskrivne eller ikkje-protokollerte handlingsnormer (Polanyi 1967) Eller han kan framtre i meir tradisjonell, akademisk form som prosedyrer, handbøker, lærebøker og oppskrifter. Dette er ein klassisk dimensjonen som vi kan finne på mange nivå. På individnivået framtrer han gjerne som spenninga mellom teori og praksis. Den andre dimensjonen trekkjer fram at kunnskapen kan vere kontekstavhengig og vere sterkt knytt til eit praksisfellesskap (Lave og Wenger, 2003 Wenger, 2004), eller han kan vere kontekstuavhengig og framtre som generelle, abstrakte innsikter og forståingsformer uavhengig av eitt konkret arbeids- eller praksisfellesskap (Cohen 1986).

Profesjonanes møte med leiing – og organisasjonsutfordringar kan i lys av desse dimensjonane arte seg på fire måtar: Den første i form av "heltehistorier" som dette: "Amanda Nissen prykte dei nye sjukepleielærlingane offentleg før frukost. Deretter tømte dei urinflasker i tre timar, deretter fekk dei ei rå gulrot til frukost. Det var leiarskap, det". Vi ser at leiarskap blir knytt til personar, gjerne einskildinstitusjonar og sterkt til utøving av eit spesifikt yrke. Medlemer i alle organisasjonar, profesjonar og yrkessystem vil ha slike myter vi likar å fortelje kvarandre. Når læringa i stor grad er

knytte til deling av myter, kan vi med Huber (1991) tale om mytologiske læringssystem.

”Bindestreksteori” syner til tradisjonen med å organisere etats- eller yrkesspesifikke leiarutdanningar. Eller slik det framtrer i nyare former, som bindestrekslærebøker: Leing for sjukepleiarar, leiing for lærarar, LUIS; LEVIS⁶, leiing for ingeniørar. I si moderne utgåve er den pedagogiske grunngevinga å bygge ”læringsstillas” for studentane ved å utforme generelle innsikter gjennom tilknytning til konkrete døme og utøving av eit yrke eller ein profesjon (Rogoff. m.fl., 1996). Ideen er at det er vanskeleg å gå i frå det abstrakte til det konkrete – det er lettare å gå den andre vegen.

For meg som er utdanna ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitskap, Universitetet i Bergen, er den sjølvsahte referansen i ”Adm.org-boksen” i figuren Herbert Simon. Ideen om å byggje vitskap om leiing og organisasjons spørsmål er gamal, men det er nokre namn og tradisjonar som framstår tydelegare over tid enn andre. Simon står for eitt viktig bidrag, men vi talar elles sjølvsaht om eit grenselaust tal viktige innsikter frå psykologi, juss, økonomi og sosiologi osv.

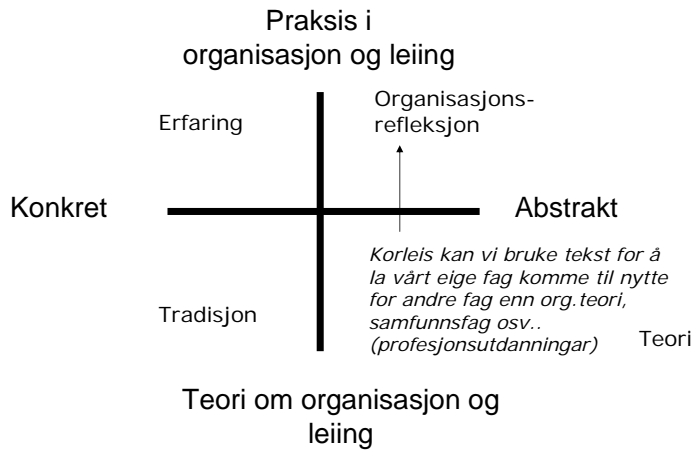
Det er likevel det øverste, høgre hjørnet eg vil drøfte nærare: Spørsmålet om det er ynskjeleg – ja, mogeleg – å tenkje seg at dei abstrakte, generelle innsiktene frå organisasjonsfaga kan brukast som ein slags tanke- og utviklingsreiskap for leiing i praksis. Spørsmålet rører ved det grunnleggjande, vitskapsteoretiske spøkelset vi kallar positivisme-debatten, og det er såleis naudsynt å gjere greie for ein ståstad andsynes spørsmålet om det eksisterer ein type almennyldige, evige innsikter om organisasjon og leiing som kan danne basis for noko vi kan kalle organisasjonsfag i praksis. I så fall er det dette vi prøver å lære studentane våre, og det er dette vi kan lese ut av dei fem studentkapitla i denne rapporten.

Organisasjonsfag i praksis = sosialkonstruktivisme i praksis

Talar vi om ”bruk av kunnskap” i den meininga eg her siktar til, er vi eigentleg alt byrja på vegen mot det eg vil kalle sosial-konstruktivisme i praksis - utan hermeteikn. Vi impliserer at den kunnskapen som organisasjonsfaga (sosiologi, organisasjonsteori, psykologi) har om kollektive fenomen, kan brukast konkret som mentale verktøy av leiarar og organisasjonsmedlemer i deira konstruksjon av roller, leiarstilar,

⁶ LUIS Ledelse og utvikling i skolen . Tilsvarande LEVIS – leiing i vidaregåande skular.

problemløysingsaktivitetar og i kommunikasjons- og relasjonsbygging. Eg understrekar at dette ikkje er ein sjølvstøtt posisjon i organisasjonsfaga.



Figur 1. 2: Organisasjonsvitarens utfordring

Utsegner av denne typen rører ved både historisk, vanskelege posisjonar og traumatiske diskursar i faget. Likevel: Eg understrekar at eg ikkje oppfattar innsikter tenkt ut ved Institutt ved administrasjon og organisasjonsvitskap som verktøy for leiing, men som mentale verktøy for leiarane. Og dét er ein liten, men svært vesentleg forskjell, sjølv om vi framleis klart er innanfor eit sosial-konstruktivistisk, vitskapsteoretisk ramme.

For ein organisasjonsvitar framstår utfordringa i å lære profesjonsutøvarar om organisasjon og leiing slik figuren ovanfor syner. Heilt konkret er utfordringa innanfor denne tankeramma korleis vi gjennom tekst kan påverke studentane våre til å konstruere sin eigen røyndom om dei organisasjons- og leiarutfordringar dei møter i helseinstitusjonar og skuleverk. Eg kallar denne prosessen for organisasjonsrefleksjon.

Men kan ein konstruere sin eigen røyndom, då? Ja, det er det vi seier dersom vi aksepterer resonnementa innan det som vert kalla "lærande organisasjonar".

1.4 Lærande organisasjonar – vi konstruerer våre liv

Lærande organisasjonar er ei fellesnemning på ei gruppe av idear om at organisasjonar ikkje er særleg gode til å leggje til rette for individuelle eller kollektive lærings- og utviklingsprosessar. Det poensialet for kreativitet og vekst kvar einskild av oss har, er

ikkje i nærleiken av å bli realisert innanfor rammene av dagens organisasjonstenking. Eg seier med vilje organisasjonstenking og ikkje 'organisasjonar', for nøkkelen til å forstå kva lærande organisasjonar handlar om, først og fremst er knytt til nokre enkle idear om korleis vi sjølve tenkjer om organisasjonsfenomena, meir enn konkrete organisasjonar i seg sjølv.

Peter Senge er eit viktig namn (Senge, 1990, 2006, Senge et al. 1994, 1999, 2000, 2005). Gjennom fleire arbeid har han saman med medarbeidarar lagt grunnlaget for at det vert utvikla nye idear og tankar om det han kallar dei fem disiplinane i den lærande organisasjonen. Metaforbruken er knytt til eit postulat om at leiarar må utvikle evner til å lære og beherske fem disiplinlar. Å leie lærande organisasjonar er femkamp, ikkje maraton.

Eg går nærare inn på dei fem disiplinane i neste kapittel, men nemner her kort at den femte disiplinen i seg sjølv opnar for dei tankane eg vil drøfte om teksten si rolle i organisasjonsrefleksjon.

Den femte disiplinen handlar om to tenkjemåtar: Systemisk tenking har mange røter og mange namn. Senge syner til Bateson (1972), Forrester (1968) von Bertalanffy (1968) når det gjeld inspirasjon frå systemtenking og systemdynamikk og Ackoff og Trist når det gjeld operasjonsanalyse som viktige kjelder, med andre ord talar vi om systemdynamikk og kybernetikk i sosial form, ikkje ei teknisk. Den sentrale budskapet er at visse, gjentakande sosiale fenomen framtrer som faste mønster fordi menneska skapar dei ved å tenkje på bestemte måtar, ikkje fordi naturlover styrer dei. Vi lagar jernbur fordi vi td er dresserte til å objektivisere våre medmenneske når vi skal løyse kollektive problem. Vi er då dømde til stadig å gjenskape dei same, trasige organisasjonsfenomena objektivisering medfører.

Den andre tenkjemåten handlar om å forstå kompleksitet gjennom heilskapstilnærmingar til dei utfordringar vi står overfor. Leiarar vert oppmuntra til nærast holistisk tenking, stikk i strid med tradisjonell, reduksjonistiske innfallsvinklar som reduserer eit kvart problem til eit handterleg, teknisk nivå. Kritikkk frå reduksjonistisk hald vert møtt med argument om at leiarar stort sett handterer menneske og menneskeskapte problem. Menneske likar ikkje å bli reduserte til ting og variablar, men reagerer derimot svært positivt dersom ein tek på alvor den menneskelege og sosiale relasjonen alle organisasjonar består av. Eit enkelt bilete er at vi "ser" jo ikkje det som er viktig med organisasjonar. Vi ser maskiner, bygningar og folk som ferdast

etter faste ruter. Vi "ser" ikkje hierarkiet, samarbeidet, kommunikasjonen, ideane og dei mentale modellane som styrer handlingane. Desse er berre i hovuda våre⁷.

Tesen om at vi sjølve enkelt kan forandre organisasjonane byggjer på dette resonnementet: Dei kollektive fenomena finnst berre som mentale modellar, og vi sjølve er del av den modellen på same måte som person som inngår i eit ekteskap utgjer 50% av dette ekteskapet. Ein kan ikkje forandre på partnaren, men ein kan forandre seg sjølv og den rolla ein spelar i ekteskapet, eller med andre ord: ein kan forandre alle relasjonar ein sjølv er del av!

Utøving av dei fire andre disiplinane fungerer som ulike grep-, handle- og tenkjemåtar leiarar kan nytte seg av i konkret skaping av lærande organisasjonar. Skaping er eit anna nøkkelomgrep, og når vi talar om organisasjonsfenomena burde vi kanskje heller tale om organisering, meir enn organisasjon når temaet er læring. Leiing av lærande organisasjonar handlar om å skape, konstruere, organisere nye røyndomar for ein sjølv og kollegaer gjennom bestemte måtar å utøve leiarskap på.

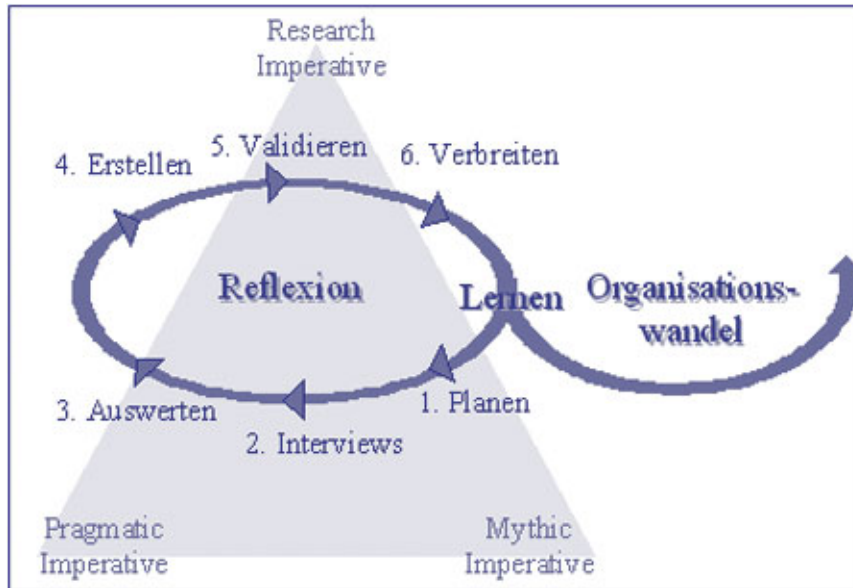
Tekstar som verkemiddel i konstruksjonen av organisasjonsrøyndom

Innanfor tradisjonen lærande organisasjonar har tyskarane Roth og Kleiner arbeidd med emnet "læringshistorier". Roth og Kleiner (1995:6): kallar dette "... a formalized approach for capturing and presenting learning processes in organizations". Røyrvik talar om at ei læringshistorie er ei skriftleg historie om td eit viktig initiativ i ein organisasjon, noko som handlar om å skape grobotn for felles forståing av problem og mogelege løysingar (Røyrvik 2001:243).

Skal tekstar fungere utviklande må det med andre ord ikkje vere tale om kva som helst. Teksten må handle om noko viktig, noko som organisasjonen treng å vite noko om på eit bestemt tidspunkt der nye sanningar vert konstruerte av dei som deltek i tolkingsprosessane.

Roth og Kleiner framstiller tenkinga si i ein figur som også syner korleis dei plasserer seg andsynes andre perspektiv på læring i organisasjonssamanheng. Dei syner at organisatoriske læringssystem kan vere av ulike slag. Mytiske, pragmatiske og analytiske system er kjende (Huber 1991), og forfattarne gjer innanfor denne ramma greie for ein stegvis prosess som minner mykje om Nonaka (1994) si framstilling av korleis kollektiv kunnskap utviklast frå individ- til organisasjonsnivået.

⁷ Eller som skriftlege prosedyrer vi meir eller mindre bryr oss om. Papirbunken med alle dei nye prosedyrene du skal gjennomføre er reell nok, men kva meining har orda? Kva er den underliggjande budskapet som avgjer om du bryr deg eller ikkje?



Figur 1.3: Roth og Kleiners ide om læringshistorier

For oss som driv rettleiing basert på tekst er poenget at alle leiarar vil bli trekte i retning av dei pragmatiske eller mytiske imperativa som vil konkurrere om merksemd i alle organisasjonar. Den sterke spreinga av standardiserte organisasjonsoppskrifter kan vere døme på at slikt skjer i relativt omfattande omfang (Røvik, 1999). Kor freistande må det ikkje vere for ein oppvakt leiar å forhalde seg pragmatisk heller enn analytisk til td dei nye, mytiske ritene som vert kalla ”kvalitetssikring”? Ein analytisk innfallsvinkel ville kanskje krevje smerfulle spørsmål av den typen som Power siktar til, når han talar om at tap av tillit mellom menneske (1997).

Eg går ikkje i detalj i stega. Forfattaranes prosessteg er planlegging av ein tekstutviklingsprosess; gjennomføring av intervju (eller andre former for tekstinnsamling), utvikling/operasjonalisering av teksten (Nonaka kallar denne fasen ”krystallisering”, framstilling av teksten, validering i kollektivet og til slutt spreing i organisasjonen og utover denne i større nettverk.

Endring av organisasjonar vert innanfor denne tradisjonen ikkje oppfatta som problematisk. Den opphavlege organisasjonsutviklingstradisjonen etter Lewin hevdar at deltaking i seg sjølv er iverksetting, og vi må forstå Roth og Kleiners bidrag i den meinga at deltaking i skriving, tolking, spreing av ei læringshistorie i seg sjølv fører til forandring i måtane deltakarane tenkjer (Levin og Klev 2002).

Organisasjonsrefleksjon er å reflektere over organisasjonshendingar

Det er innanfor denne tradisjonen i organisasjonsfaga vi også finn røtene til det vi kan kalle organisasjonsrefleksjon. Og ja, overskrifta inneheld ein sirkulær definisjon, men organisasjonsrefleksjon er ikkje noko anna enn tenkje over, analysere og granske hendingar som skjer innanfor ramma av eit formelt kollektiv. Formålet er djupare innsikt og forståing. Det er vanleg å framstille refleksjon som ”sirklar”, gjerne ”lærings sirklar”. Kolb er standardreferansen (1984), men det finnst mange andre variantar. Større og mindre grad synest dei å byggje på dei klassiske arbeida til Dewey (1938/1997) og, i følgje Schein, Kurt Lewin⁸. Uansett variantar seier Senge et al (2005), handlar det til sjuande og sist om kor grundig du tenkjer over ei erfaring før du handlar neste gong. Her er banda til Argyris og Schöns omgrep om enkeltkrets- og dobbeltkretslæring tydelege. Referansen til Deweys omgrep ”inquiry” er klare hjå Argyris og Schön når dei talar om organisasjonsgransking, som er deira namn på kollektiv refleksjon (1996). Det viktige spørsmålet er, seier Senge, kor djupt ein vil eller kan gå i granskinga av motiv og mentale modellar som ligg bak ei organisasjonshandling (Senge et al 2005).

Når vi skal arbeide med studenttekstar på denne måten, må vi tenkje over kva metodiske krav og rammer vi skal setje til både tekstproduksjonen og etterbruken. Nøkkelen er bokstavleg ”tekst”. Sjølv om det er opplevingar og erfaringar som er grunnlaget for refleksjon, endrar ikkje erfaringane i seg sjølv noko som helst i ein organisatorisk mening. Det er endringar i relasjonane mellom aktørar som er organisasjonslæring, seier Senge. Det er dei kjenslene erfaringane fremjar som fører til endring i relasjonane, og gjennom dei teoretiske resonnementa som kjem fram i ein tekstbasert bearbeiding av erfaringane kan erfaringar og kjensler bearbeidast, analyserast – eller reflekterast over. Ikkje minst må erfaringane og kjenslene få ein konstruktiv, røyndomsnær og kontekstuel vitug retning. Kjensler er drivstoff for endring, men er ikkje i seg sjølv gode retningssignal for organisatorisk handling⁹.

Grunnlaget for ei vitskapleg orientering er nett at denne bearbeidingsprosessen skapar ein tekst som dannar basis for bruk av eksisterande kategoriar – eller utvikling av nye teoretiske abstraksjonar som koplpar studentanes erfaringar til intersubjektiv kunnskap gjennom ein tradisjonell rettleiingsprosess.

⁸ Udatert arbeid på Society of Organization learnings heimesider.

⁹ Det veit vi som må telje lenger enn til ti for å roe oss..

Metodisk talar vi med andre ord om ei kasusorientering som ikkje skiljer seg så veldig ut i havet av moglege innfallsvinklar i kasusstudiene (Yin, 1994, Maaløm 1996). Både sakspapir, intervjuutskrifter, dagboksnotat, refleksjonsdokument osv kan inngå i tekstmaterialet. Sjølv er eg veldig svak for Gro Kvåles bruk av sangtekstar i ein analyse av historiske endringsprosessar i Trygdeetaten (2001). Kva syng ein om? Om noko viktig!

Det spesielle med metodikken er altså ikkje teksten i seg sjølv. Heller ikkje korleis han vert skapt. Det spesielle er at den er del av ein individuell læringsprosess som gjennom studentanes studie- og arbeidssituasjon gjennom relasjonar grip direkte inn i kollektive prosessar på studentanes egne arbeidsplassar.

Dei arbeida vi presenterer her har som ambisjon å utvikle det teorigrunnlaget som trengs for å gripe inn i kollektive prosessar. Det gjer dei fordi dei er deler av det refleksjonsgrunnlaget forfattarane legg til grunn i utøvinga av yrket sitt, like mykje som det er tekstar skrive for å tilfredsstille formelle krav i ein studieplan.

Øyvind Glosvik

2. Den femte disiplinen i praksis

Peter Senge gav i 1990 ut boka *The Fifth Discipline. The Art & Practise of the Learning Organization*. Boka handla om omstilling og utvikling, samarbeid og menneskeleg utvikling i kollektive samanhengar. Kjende organisasjonsutfordringar, men Peter Senge kalla sin innfallsvinkel ”lærande organisasjonar”. Det var ein fengande tittel. I kjølvatnet har det kome ut ei lang rekkje bøker som på ulike måtar tek opp trongen for læring og utvikling i organisasjonar. Slike behov har sjølvsgatt alltid vore tilstades i større og mindre grad i alle organisasjonar, men Senge siterer pioneren framfor nokon innanfor kvalitetsleiingstenking, W. Edwards Deming, som seier at den dominerande leiartenkinga i våre dagar øydelegg folk. Kortsikte, overflatiske managementorienterte teknikkar og målemetodar sett i verk utan indre samanheng bryt ned det store potensialet for vekst og utvikling som Senge (og Deming) meiner kviler i og mellom menneska i alle organisasjonar (Senge 2006 s. xi-xiii).

Denne grunnleggjande menneskeorienteringa er viktig å ha i mente når ein forhold seg til den tradisjonen Den femte disiplinen er del av. Det er heilt naturleg å sjå ”lærande organisasjonar” som ein del av det som vert kalla ein organisasjonsutviklingstradisjon (OU-tradisjonen), eller ”en koherent disiplin av anvendt samfunnsvitenskaplig praksis for å fremme økt individuell og organisasjonsmessig effektivitet” (French et al 1994 omsett og sitert i Levin og Klev 2002).

Det er nærliggjande å bli normativ når ein presenterer den femte disiplinen. Det ligg sterke preskriptive føringar i dei tekstane Senge sjølv har skrive (1990, 2006), og det er også lett å dra preskripsjonar ut av arbeidsbøkene som er knytte til arbeidsfellesskapet Society on Organizational Learning (1994, 2000). Likevel byggjer tradisjonen på bindsterke, empirisk baserte analyser som strekkjer seg tilbake til oppstarten av det vi kjenner som organisasjonsutviklingstradisjonen (French og Bell 1999), Levin og Klev 2002).

Den normative vinklinga kjem ikkje av mangelen på empirisk grunnlag, men botnar i ei sterk bruksretta haldning til vitenskap. Vitenskapleg orientert kunnskap skal brukast her og no, til å få individ og kollektiv til å yte betre, i ei positiv meining. Ved å bruke dei abstraksjonane som den femte disiplinen representerer, kan leiarar og organisasjonsmedlemer få større innsikt i den rolla dei sjølve og andre spelar i sin eigen

organisasjon. Ved å kaste lys over eit fenomen, får ein større innsikt i dei samanhengane fenomenet er del av, og dermed har vi utvikla eit betre grunnlag for å endre eiga handling eller haldning til fenomenet. Det handlar rett og slett om ein form for refleksjon.

I samband med omstillingar, reformer, forandring og utvikling er det interessant å rette sterkt søkelys på grasrotleiarar. For, som Senge seier:

”We have rarely seen any succesful change initiative that did not involve imaginative, committed local line leaders. By ”local line leaders”, we mean people with accountability for results and sufficient authority to undertake changes in the way that work is organized and conducted at their local level”. (1999:16)

Vår kontekst, helse-, sosial- og velferdsektoren, er dominert av leiarar som i regelen har ei profesjons- eller semiprofesjonsutdanning i botnen. Det vanlege er at dei gjerne har fleire års praksis som yrkesutøvar på grasrotplan, noko som gjer at dei både er formelle leiarar med formelt ansvar for gjennomføring av institusjonens politikk, men samstundes mest truleg definerer og forstår seg sjølv som ein del av eit profesjonelt yrkesfellesskap. Dette treng ikkje vere ei motsetning, men Etienne Wenger seier at:

”Learners must often deal with conflicting forms of individuality and competence as defined in different communities” (1998:160)

Vi talar altså om ein type mulitimedlemsskap i fleire praksisfellesskap. Slike leiarar er både generalistar og profesjonsutøvarar, og Senges perspektiv kan kanskje kaste lys over det som er blitt kalla ’hybridleiarar’ i sjukehus:

”Der er en stærk tradition for fagprofessionelle ledere i sygehusledelser og afdelingsledelser. I de senere år er det blevet kritiseret, og mange har anbefalet, at fagprofessionelle ledere erstattes af generalistledere. Det kan være relevant på sygehusledelsesniveau, men ikke for ledere på det udførende niveau. I stedet bør de være hybridledere med både faglige og generelle lederkompetencer” (Kragh Jespersen, 2005).

Påstanden min er at det Kragh Jespersen kallar ein hybridleiar best kan forståast som ein lærande leiar, og omgrepsapparatet utleia frå Senge kan syne oss kva det er den lærande leiaren faktisk gjer, når han omstiller ein avdeling, ei eining eller ei teneste.

Problemet er, som Senge seier, at det er mykje lettare å byggje ein lærande organisasjon, enn å fortelje andre kva det er. Difor er det ei utfordring å operasjonalisere den lærande organisasjonen slik at ideane om den dannar basis for ei forskning der føremålet er å leite etter leiarar som kan kaste lys over relevansen av det eg i det vidare kallar den systemiske læringsmodellen.

Eg brukar ein del døme undervegs. Desse har ikkje noko empirisk grunnlag, men er meint som konkretiseringar av resonnement som kan verte noko vel abstrakte, sjølv for dei mest entusiastiske tilhengjarane av Den femte disiplinen.

Disiplinane er metaverktøy

Senge si bok og det budskapet det er del av, har hatt stor innverknad på interessa for sambandet mellom det individuelle og kollektive, forstått som læring og læringsprosessar. Store deler av den litteraturen som elles fell inn under OU-tradisjonen nyttar i regelen ikkje læringstermar. Senge gjer altså det, men eigentleg på eit særskilt overordna nivå. Det han talar om, er at skal ein byggje lærande organisasjonar, må medlemene utøve eller beherske fem disiplinar. Vi skal gjere greie for disiplinane nedanfor, men det er viktig å presisere at med "disiplin" meiner han ikkje "teknikk". Disiplinane er "tools", verktøy i meininga metaverktøy for tenking og handling, og innanfor kvar disiplin er det plass til mange teknikkar og tilnæringsmåtar. Så lenge dei er i tråd med prinsippa, kan lærande organisasjonar eigentleg byggjast på eit uavgrensa tal handlingsmåtar.

Vi skal her ta utgangspunkt i ein tenkt leiar ved ein tenkt helseinstitusjon – ein avdelingsleiar ved eit sjukehus eller ein ein sjukeheimsstyrar. Korleis kan disiplinane fungere som metaverktøy for leiarens arbeid med å gjere eininga si til ein lærande organisasjon? Men før vi gjer dette - lat oss starte med ein liten omveg: Kva slags problem er det den lærande organisasjonen etter Senge sitt syn må handtere?

2.1 Eit samansett læringsperspektiv

Som eit retorisk utgangspunkt kan vi teikne eit bilete av ein vanleg sjukehusavdeling som noko slikt:

Avdelingsleiaren var ein gong sjukepleiar, men det er lenge sidan. Som person er han ein mild og venleg mann, men er sterk og synleg i rolla si. Han tek mange initiativ. Han tenkjer i grunnen litt slik han lærte på befalsskulen for saniteten: Ein må vere tydeleg og ta ansvar. No heiter det å vere proaktiv, men det blir det same. Verken han eller pleiarane riv seg laus frå den tilvande oppfatninga av avdelingssjefen som "han far sjølv", den som "eigentleg" bestemmer. Sjukepleiarane på si side er opptekne av si eiga, fagleg uavhengige rolle, og dyrkar gjerne og ofte tradisjonelle fiendebilete der "legar" og "byråkratar" stort sett representerer dei fleste vanskar i sjukepleiaranes livsgjerning. Leiarane ved sjukehuset løysar problem etterkvart som dei dukkar opp som "einskildsaker". Eit budsjettproblem her, ein vakanse der. Eit møte no og eit prosjekt då. Det skjer mange ting, aktivitetsnivået er høgt. Endringstakten er det ingenting å seie på, men det vert sjeldan drøfta kva retning endringane eigentleg

medfører for avdelingen og medlemene. Fokus er på den daglege drifta. For kven skulle drøfte dei viktige spørsmåla? Leiarteamet ved klinikken? Dei, som knappast snakkar saman om dei mest daglegdagse rutineoppgåvene?

Er dette ein karikatur – eller eit bilete av ein slags røyndom vi alle kan kjenne oss att i? Litt, eller ganske mykje, att i? Biletet er uansett ein spissa versjon av korleis Senge meiner læringsevna til organisasjonar generelt er avgrensa. Han har sju poeng eller resonnement som vi gjennom korte døme skal relatere til ei norsk organisasjonsverd

Avgrensingar i organisasjonars læringsevne

Den første avgrensinga er knytt til måten vi menneske knyter dei personlege identitetane våre til formelle roller i organisasjonar. Eg er ”sjukepleiar”, seier vi, eller eg er ”førsteamanuensis” eller ”avdelingsleiar”, og eg gjer den jobben eg er sett til i eit større system eg har liten eller ingen kontroll over. Den første påstanden om kva som avgrensar læring, er at vi som individ med mange muligheter og eigenskapar aksepterer å la oss innordne i formelle posisjonar i organisasjonar. Dette får konsekvensar for kva ein sjukepleiar ”ser”, eller kva ein hjelpepleiar er viljug til å gjere, dersom ho vert utsett for krav om forandring som ikkje utan vidare lar seg foreine med rolleoppfatninga. Utsagn som ”korleis kan eg drive postoperativ pleie”, eg er jo kreftsjukepleiar”, eller, ”den saka der kan ikkje eg gjere noko med, det er assistentlegens ansvar”, syner kva tankegang Senge peikar på. Kva er det som gjer at vi avgrensar vår individuelle kapasitetar – eller så og seie skyggar vekk frå ei læringsutfordring og søker tilflukt i noko vi ”har lært”?

Den andre avgrensinga er knytt til det å forstå omverda vår i termar av ”oss” og ”dei”, eller i form av ”sjukepleiarar” mot ”legar ”, eller ”somatikken” mot ”primærhelsetenesta”. Det handlar med andre ord om korleis vi meir eller mindre bevisst justerer både retning og omfang av læringsaktivitetar gjennom ”fiendebilete” av andre. Kor ofte seier vi ikkje vi som underviser ved høgskular at det grunnleggjande problemet vårt er at studentane kan for lite, les for lite, arbeider for lite, les feil, ser for mykje fjernsyn, sit for mykje på kantina, er for mykje ute - eller for for lite ute - eller festar for mykje.... Dessutan gir politikarane oss for mykje å gjere og for låg løn, dessutan gjer sentraliseringa, finansieringssystemet og kvalitetskrava det umogeleg å gjere noko anna enn i dag. Poenget til Senge er at vi ved å leggje skulda på andre, automatisk gjer oss sjølv mindre i stand til å lære! Vi avgrensar ubevisst vår eigen læringshorisont.

Den tredje avgrensinga kallar han illusjonen om handling. Det er bra å vere proaktiv, men det betyr ikkje at alle aggressive grep som syner handlingsevne og evne til å handtere utfordringar og vanskar er av det gode. Eit døme: Helse- og sosialsjefen er kjend for å ta ansvar for det som skjer i kommunen. Han tek initiativ; han er i media; han set i gang mange tiltak; han tek ordet i mange møte; han set i gang mange prosjekt. Kort sagt han utøver sterk og synleg leiing. Men det er så stille rundt han. Kor er alle dei andre? Kor er initiativa, prosjekta og dei proaktive handlingane mellom alle dei menige tilsette i helse- og sosialsektoren? Kan det vere slik, seier Senge, at sterk grad av proaktivitet eigentleg er uttrykk for ein reaktiv organisasjon? Ekte proaktivitet, seier Senge, kjem som eit uttrykk for forståing av våre eigne bidrag til dei problema vi slit med. Kan det vere slik at helse- og sosialsjefen i dømet gjennom sin eigen høge aktivitet skapar passivitet rundt seg?

Den fjerde avgrensinga seier Senge er knytt til kortsiktig overfokusering på einskildhendingar. Vi blir på mange ulike måtar tvungne til å rette merksemda vår mot dagen i dag og dei vanskanane som dukkar opp her og no, heller enn å rette søkelyset på den gradvise endringa som kan representere dei langsiktige og verkeleg farlege utfordringane for organisasjonen vår. Lat oss seie at avdelingsleiaren vert så oppteken av det daglege arbeidet og alle einskildpasientane som krev merksemda hans, at han aldri rekk å tenkje over det mønsteret som framstår ved avdelingen hans. Avdelingsleiarens problem vert at han aldri finn tida til å rette fagfellesskapets merksemd mot dei prosessane som sakte og gradvis forandrar avdelinga dei arbeider ved. - Men møter, det har dei.

Den femte avgrensinga er kjend som likninga om den kokte frosken. Dersom ein kastar ein frosk opp i ein kjele med kokande vatn, seier likninga, vil frosken hoppe ut. Dersom ein slepper han opp i ein kjele med kaldt vatn og sakte varmar det opp, vil frosken bli verande til han er så groggy at han ikkje lenger er i stand til å reagere på trugsmålet.. Parallellen til organisasjonsverda er sjølv sagt at leiarane er så opptekne av det dramatiske, det openlyst trugande at gradvis endring ikkje vert observert eller tillagt vekt. Framlegg om nedlegging av ein sengepost får stor merksemd, men 5% nedgang i vedlikehaldsbudsjettet ved sjukehuset får ingen store avisoppslag, heller ikkje om 5% nedgang kvart år over 10 år representerer store endringar. Eit sjukehus forfell ikkje frå eitt budsjettår til eit anna. Men over år skjer det gradvise forandringar. Kven rettar merksemda mot dei? – Pasientane, når dei vert sjuke av å vere på sjukehus? Då framstår problemet som ”aksjonar” i lokalavisa, og må handterast som ”enkelthending”.

Den sjettede avgrensinga seier Senge er knytt til vanskane med å lære av erfaring. Han stiller ikkje spørsmålsteikn ved erfaringslæring som læringsform, tvert om, men peikar på at i svært mange tilfelle i organisasjonssamanhengar er det langt mellom handlingane våre og konsekvensane av handlingane. Difor vert læringshorisonten vår svært avgrensa når det gjeld erfaring. Lat oss seie at det vert bygd ein ny sjukehusavdeling, med revolusjonerande, nye løysingar når det gjeld romløysingar og rammer for pasientretta aktivitetar. Men arktitekten, byggherren og sjukehusleiinga er alle andre stader enn ved sengeposten når legane og pleiarane gjer erfaringar med dei nye strukturane. Nye læringsutfordringar oppstår når erfaringar frå pasienthandsaming ein stad skal gjerast tilgjengeleg ved planlegging av ein ny avdeling, ein annan stad, av andre enn dei som har gjort erfaringa sjølv.

Til sjuande og sist trekkjer Senge fram det han kallar myten om leiarskap gjennom team. Han siterer Argyris, som seier at dei fleste leiarteam bryt saman under press. Kompleksitet, trugsmål eller pinlege utfordringar, nei det har dei fleste leiarteam vanskar med å handtere. Kollektiv læring og felles gransking av erfaringar og utfordringar representerer langt større utfordringar enn dei fleste av oss har lært å handtere. Utfordringa for vår avdelingsleiar vil ganske enkelt framstå som for alle andre leiingar; vi er som arbeidstakarar ”skilled incompetent” til å delta i dobbeltkretslæring. Vi innrømmer ikkje manglande kunnskaper; inviterer ikkje andre til å leite etter manglar hjå oss sjølve; fortel ikkje når vi er usikre og vernar oss heller mot kritikk enn å fortelje at vi har gjort ein feil.

Den ufullstendige læringsssyklus

Eitt av argumenta til Senge er altså at erfaringslæringa i organisasjonssamanheng vert avgrensa. Det finnast andre og meir utfyllande skildringar av avgrensingar i kollektive og individuelle erfaringslæringsprosessar. March og Olsen tek td i *Ambiguity and Choice* (1976) utgangspunkt i *A behavioral theory of the firm* (Cyert og March 1963), der behavioristisk teori i si tid vart nytta for å forstå organisasjonslæring på denne måten: Hendingar i omverda utløyser søk etter interne løysingar som skal høve for desse hendingane. Døme kan vere at marknadssvingingar blir fanga opp i analyser – og ender som skriftleg prosedyre for å handtere slike svingingar for ettertida. Ideen byggjer på føresetnadane om at organisasjonar lærar gjennom rasjonell kalkulasjon og erfaringar frå fortida. March og Olsen stiller spørsmål ved dette, for menneske i organisasjonar kan forståast som avgrensa rasjonelle (Simon 1976) og at planlegging og handling kan forståast som kunsten å rote seg gjennom (Lindblom 1959). Forfattarane diskuterer fire

mogelege grunnar til at den rasjonelle ideen om læring som kalulasjon og erfaring ikkje kan vere rett:

Det første argumentet er at ikkje alt individa lærer fører til at vi tek konsekvensane av det som organisasjonsindivid. Livet vi lever i organisasjonane utgjør berre ein avgrensa del av liva våre. Dessutan kan vi alle saman trygt seie at dei fleste problema i organisasjonane våre ”ikkje er mitt bord”, det seier regeleverket. Vi ser problema prosedyrene, reglane, planane og handlingane våre skapar, men det March og Olsen kallar rolleavgrensingar gjer at konsekvensane ikkje vert vårt ansvar. Men kva lærer vi då?

Forfattarane seier for det andre at vi legg større vekt på kva innverknad organisasjonen vår har på omverda – enn den faktisk har. Eit spørsmål etter ei vare kan vere styrt av vårt gode produkt, seier vi, men kan det eigentleg vere tilfeldige motesvingingar som avgjer slikt? Overtruisk læring kallar March og Simon overdriven tru på våre evner til å påverke det overordna systemet vi er del av.

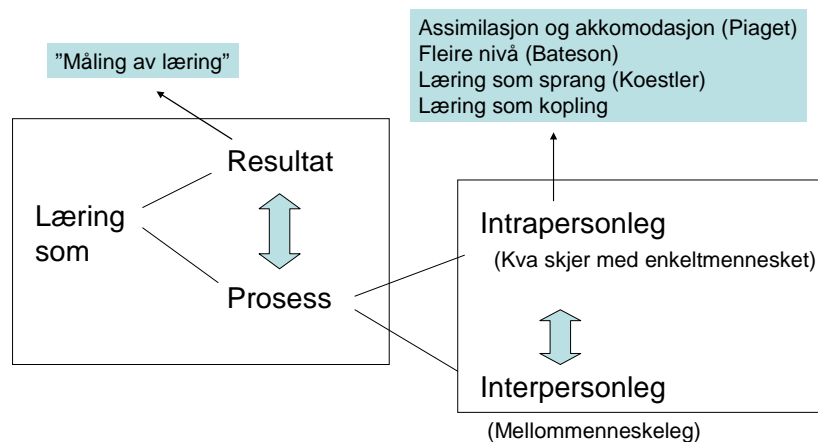
Eit tredje argument frå March og Olsen er at individa lærer i organisasjonen, men det gjer ikkje organisasjonen sjølv. Informasjon og erfaring individa samlar seg blir ikkje brukt av organisasjonen til noko. Det er organisasjonen som er avgrensa rasjonell, ikkje individa, når det vert synt manglande omforming frå det individuelle til det kollektive nivået. Stivbeinte hierarki og strenge reglar for kommunikasjon sikar at organisasjonen overstyrer individa.

Det fjerde argumentet kallar March og Olsen tvetydig læring. Det er vanskeleg å forstå – og å forhalde seg til - hendingar i omverda. Det er lett å vere klok i ettertid, men kva betyr ting nett no, når det er uklart for oss kva dei kausale samanhengane eigentleg er?

Den grunnleggjande budskapet til forfattarane er at det er vanskeleg å kalkulere med utgangspunkt i erfaringar. I organisasjonssamheng er det mange trekk som avgrensar evne til å lære av dei erfaringane dei tilsette gjer seg. Det er nokre likskapstrekk mellom March og Olsens perspektiv og Senges sju argument. Felles er ei djup overtyding om at organisatoriske læringsprosessar er grunnleggjande meir komplekse og samansette enn det enkle, behavioristisk orienterte teoriar om erfaringslæring hevdar. Senge sitt svar på desse utfordringane synest å vere henta frå Argyris og Schön (1996), og kan skildrast som ei grunnleggjande tru på at dialog og kollektiv refleksjon av og til kan heve ein organisasjon over slike læringsvanskar. Drivkrafta er likevel ikkje erfaringane, men spenninga mellom det vi kan kalle tolkinga av erfaringane og visjonane om framtida.

2.2 Læring i eit systemisk perspektiv

Senge gjer sjølv ikkje eksplisitt greie for eit eige syn på læring i tydinga vitskapsteoretisk ståstad. Dette er noko vi må slutte oss til gjennom kjennskap til generelle, vitskapsteoretiske diskursar og dermed til andre, teoretiske omgrepsapparat enn Senge sitt eige. Eit utgangspunkt for oss kan td vere måten Cato Wadel framstiller ulike syn på læring (Wadel 2002).



Tabell 2.1: Læring og læringsåtfærd (etter Cato Wadel 2002)

Som figuren syner kan vi alment tenkje oss læring forstått både som eit resultat, det vi ofte kallar "kunnskap" eller at "vi kan noko", og den prosessen der vi lærer inn kunnskapen. Prosessen kan forståast på to måtar, seier Wadel. Den kan forståast som den intrapersonlege prosessen der kvar enkelt av oss tileignar oss kunnskap og lagrar den i minnet vårt. Men prosessen kan også forståast i eit interpersonleg perspektiv, der det er sjølve konteksten, den sosiale samanhengen læringa skjer i, som er i søkelys. Wenger (1998) seier at det er eigentleg berre dette som er læring, for kva er det eigentleg slags læring som skjer hjå menneske utan at det er andre menneske tilstades?

Dette siste resonnementet er grunnleggjande viktig å forstå når ein skal forstå helseinstitusjonar som organisasjonar. Ein organisasjon er pr definisjon eit kollektiv, og då blir det naturleg at vi i samband med læring i organisasjonar først og fremst vert opptekne av dei interpersonlege problemstillingane. Perspektivet lærande organisasjonar legg slik Senge framstiller det, likevel stor vekt på den individuelle

dimensjonen. Ja, det er menneska som lærer hos Senge. Det kjem tydeleg fram av definisjonen hans:

”I lærande organisasjonar utvidar menneska kontinuerleg evnene sine til å skape resultat. I slike organisasjonar vert nye tankemønster fostra, kollektive viljer sett i bevegelse og folk lærer å lære i lag”. (Mi omsetjing, Senge 2006 s. 3)

Det blir feil såleis feil å plassere Senge bastant i det interpersonlege hjørnet. Han seier også at disiplinen personleg meistring er ein ”essential cornerstone” i den lærande organisasjonen, og: ”An organization’s commitment to and capacity for learning can be no greater than that of its members” (Senge 2006 s. 7). På den andre sida handlar dei fire andre disiplinane om å forstå og å handle i kollektiv mening.

Kompetanseomgrepet har tradisjonelt vore omtala som ein personleg, individuell dugleik. Nyare forståingsmåtar (sosiokulturelle læringsteoriar) vektlegg at det som tel som kompetanse er sosialt konstruert; at kunnskap og dugleikar ikkje berre eksisterer hjå individet, men også i kollektive miljø (Säljö 2002). Kompetanse vert i lys av ei slik forståingsramme utvikla gjennom deltaking i ulike praksisfellesskap (Lave & Wenger 1991, Wenger 1998), og dermed vert arbeidsplassens kultur viktig (Boreham 2006).

Dette er eit syn på læring som Møller (2007: 179) deler, når ho definerer kompetanse som ein latent tilstand i individet, eit handlingsrepertoar som ”slumrer inntil det vekkes til live og gis retning når anledningen byr seg”. Det inneber at vi forstår læring i organisasjonar som å utvikle arbeidsfellesskap med personar som vert meir kompetente som resultat av deltaking i fellesskapet. Deltaking i sosiale fellesskap forutset likvel relasjonar, og dette vert den andre dimensjonen Wadels perspektiv framhevar.

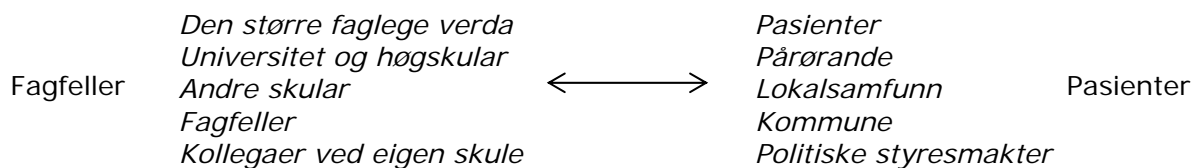
Eit relasjonell dimensjon

Eit relasjonelt perspektiv på læring inneber at vi ikkje først og fremst rettar søkelys på den enkeltes læring, men på det som skjer mellom dei lærande aktørane, samstundes som vi tek omsyn til at spesifikke, organisatoriske eller kontekstuelle faktorar utgjer ei ramme rundt relasjonane.

Dersom vi skulle prøve å framstille den relasjonelle dimensjonen på ein enkel måte, kunne det bli noko slikt: Den eine verdien på dimensjonen framhevar at relasjonell læring er forankra i ei kjensle av tilhøyrslse og felles retning i eit fellesskap. Senge seier forståvidt ikkje direkte så mykje om dette, men her kan vi la oss inspirere av Wengers omgrep ”praksisfellesskap” (Wenger 1998). Dette omgrepet syner til den sosiale prosessen som skjer når folk deler ei felles interesse i ei eller anna mening, og

over tid samarbeider om å dele idear og finne løysingar. Omgrepet vart først nytta av Lave og Wenger (1991). Med dette som utgangspunkt kan vi seie at kunnskapsutviklingsprosessar vil vere forankra i faste, stabile situasjonar eller organisasjonsmønster som knyter saman kollegaer. Eit relasjonelt perspektiv på læring innber at ein ikkje trur kunnskap utan vidare enkelt kan flyttast. Kunnskap er bunde til fellesskapa som brukar kunnskapen, og både leiarar og tilsette må arbeide med desse fellesskapa når kunnskap skal utviklast, eller ny kunnskap takast i bruk.

Vi kan kalle den eine verdien på relasjonsdimensjonen for ”Fagfeller”.



Den andre verdien vert naturleg å kalle ”Pasientar”, men den omfattar også relasjonane til dei aktørane som har relasjonar til pasientane: Dei pårørande, sjølvsgagt, men også lokalsamfunna, kommunane og dei politiske styresmaktene som har pasientane som sine veljarar. Det er gjennom desse to setta av relasjonar helseleiarar og helsepersonell vert kopla til den større heilskapen helsevesenet er del av.

Ein kompleksitetsdimensjon

Men kva då med skiljet mellom læring som prosess og læring som resultat? Korleis skal dette forståast i lys av Senges idear om den lærande organisasjonen? Nøkkelordet her trur vi er ei forståinga av den kompleksiteten som kjem til uttrykk i både Senge og March og Olsens skildring av vanskaner med å få ”rasjonell” læring av erfaring til å skje i kollektive system. Ordet ”system” i denne samanhengen er viktig. Den femte disiplinen hos Senge er systemisk tenking. Systemisk tenking byggjer på ei oppfatning om at dei ulike delane i eit system er regulerte av det større systemet dei er del av. Det er så og seie uråd – eller lite tilrådeleg – å forstå ein del av eit problem utan å ta omsyn til den heilskapen problemet er del av. Dette er ei tenking som utfordrar det vi elles kallar reduksjonistiske innfallsvinklar. Grunnleggjande viktig i systemisk tenking er at små endringar i eit del-system kan skape store endringar andre stader i systemet.

Kompleksitet i eit system kan også bli skapt av at ein mister oversikt over sambandet mellom årsak og verknad. Dette kan skje på mange måtar, men ein av dei vil vere at tiltak i eitt delsystem får ikkje-tilsiktla konsekvensar i eit anna del-system, eller i

det større systemet som heilskap. Ei anna utfordring vil vere å forstå at og korleis tiltak i fortid og notid kan få utilsikta konsekvensar i framtida.

Kompleksitetsdimensjonen er – kompleks – og omfattande. Oppsummert kan vi seie at han er sett saman av mange andre dimensjonar, omtrent som noko slikt:



Vi kan kalle den eine verdien på dimensjonen for ”Orden”, med det meiner vi at vi kan velje å leggje vekt på den delen av livsverda vår som representerer det stabile, ikkje-endrande og godt forståtte. Den andre verdien kan vi kalle ”Kaos” fordi den rettar søkelys på det vanskeleg forståtte, det ukjende, det nye og det som skal komme i livsverda vår. Nonaka (1994) talar direkte om at læring vert til i balansegangen mellom desse to sidene ved verda – som eksisterer side om side.

Den systemiske læringsmodellen

Det er sjølvstilt eit vågalt prosjekt å velje å framstille ein annan forfattars perspektiv på ein grunnleggjande annan måte enn han sjølv har gjort. Eg meiner likevel det er nadsynleg å syne fram det fleirtydige og fleirdimensjonale i det som vert kalla systemisk tenking på ein relativt enkel måte. Klarar vi ikkje å forstå kva systemisk tenking inneber, har vi liten nytte av dei andre disiplinane Senge gjer greie for.

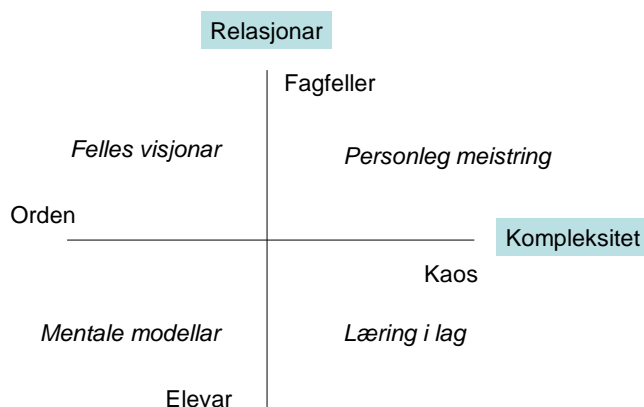
Læring i eit systemisk perspektiv vil, slik vi har gjort greie for her, innebere ei grunnleggjande menneskeorientering. Det er ikkje ”organisasjonen” som lærer, det er individa, men dei lærer i ei kollektiv ramme som legg held fast på, og legg klare føringar på, dei læringsaktivitetane som finn stad. Desse føringane kan likevel individa forandre, for dei er gjennom relasjonar sjølve ein del av ramma, og ein kan alltid forandre relasjonar ein sjølv er del i. I samband med helsevesenet vil tilhøyrsløse til, og aktiv deltaking i dei store og små praksisfelleskapa som helsestellet utgjør, danne basis for tileigning av dei kunnskapselementa det blir lagt vekt på i desse fellesskapa.

Eit systemisk perspektiv legg også vekt på at verda rundt oss endrar seg, enten vi vil det eller ikkje. Men vi kan alltid velje kva måte vi vil forstå desse endringane. Det vil alltid vere stabile, faste og gjentakande mønster rundt oss, men det vil også vere flytande, tilfeldige og ustrukturerte hendingar der. Vi kan velje korleis vi vil forhalde

oss til desse hendingane. Men vi kan aldri vere trygge på kva slags konsekvensar handlingane våre har i det større systemet vi er del av.

Senge (m.fl 2000 s. 19) siterer Weick (1969) som seier det vi har sagt her på ein enkel måte: Alle organisasjonar er eit produkt av korleis medlemene tenkjer og samhandlar. Difor bør all forbetring ta utgangspunkt i at det alltid vil eksisterer dominerande samhandlingsmønster og tankemønster, og det er desse som må bearbeidast dersom ein organisasjon skal forandre seg - eller lære. Det er å forstå si eiga rolle i slik bearbeiding, utøving av den femte disiplinen eigentleg handlar om.

Vi har her framstilt den femte disiplinen gjennom to dimensjonar. Vi kan i figuren nedanfor syne korleis desse utgjer ei forståingsramme for dei fire andre disiplinane i den lærande organisasjonen. Dei representerer fire ulike måtar å bearbeide samhandlingsmønster og tankemønster.



Figur 2.1: Den systemiske læringsmodellen

Eg skal nedanfor gjere greie for korleis utøving av dei fire disiplinane kan forståast i ein helse- og velferdssamanheng. Eg skal ta utgangspunkt i korleis eg trur utøving vil arte seg for ein avdelingsleiar ved ein helseinstitusjon. *Personleg meistring* vil her til dømes vere knytt til hans tankar om si eiga leiargjerning, som leiar av eit fagkollektiv av pleiarar korleis han foreheld seg til, og tek personlege beslutningar om, dei utfordringane han meiner eininga hans står overfor. Disiplinen *Felles visjonar* vil handle om korleis han trekkjer pleiarane inn i dialogar og samtaler om dei grunnleggjande viktige spørsmåla som bind helseinstitusjonen saman til eit kollektiv rundt pasienthandsaming. *Mentale modellar* (eit omgrep som naturlegvis er henta frå kognitiv psykologi) vil rette søkelys på måtane leiaren og kollegaene ved eininga

bearbeider dei etablerte tankemønster og kart som regulerer eksisterande handlingar. Den siste disiplinen er den mest utfordrande, seier Senge m.fl. (1994 s.355) *Læring i lag* handlar om å lære og lære kollektivt. I samband med helsevesenet framstiller eg det her som ein prosess der leiaren må leie prosessar der kollegiet til saman lærar å bli ein betre helseinstitusjon for pasientane ved å sjå kvarandre.

Dei fire disiplinane representerer i og for seg ikkje noko revolusjonerande nytt. Mykje av det vil vere stoff vi kjenner att frå rettleiing og coaching. Disiplinen mentale modellar kviler td tungt på Chris Argyris sine arbeid. Det nye og det som gjev tyngde til Senge, er at tenkinga vert både abstrakt og heilskapleg, men samstundes konkret handlingsretta.

2.3 Den lærande leiaren ved eit lærande sjukehus

I innleiinga sa eg at med ”disiplin” meiner ikkje Senge ”teknikk”. Disiplinane er ”tools”, verktøy i meininga metaverktøy for tenking og handling. Innanfor kvar disiplin er det plass til mange teknikkar og tilnæringsmåtar. Så lenge dei er i tråd med prinsippa, kan lærande organisasjonar eigentleg byggjast på eit uavgrensa tal handlingsmåtar. Døma vi nyttar for å forklare teorien bak prinsippa er berre enkle bilete som ikkje på nokon måte er uttømmende når vi no presenterer disiplinane nærare.

Personleg meistring

Nøkkelen til denne disiplinen kallar Senge ”kreativ spenning”. Omgrepet har han henta frå Fritz (1999) sin grunnleggjande ide om at vi får framdrift i liva våre dersom vi lærer å bruke den krafta som blir skapt i skjæringsfeltet mellom den røyndomen vi lever i, og dei bileta vi har av framtida. Kreativ spenning oppstår, seier Fritz, når gapet mellom røyndomen og visjonane er så stort at vi må strekkje oss for å yte, men ikkje så stort at vi forstrekker oss. Feil nummer ein er å ville for mykje. Då brenn vi ut. Feil nummer to er å ville for lite, og det er den feilen dei fleste av oss gjer. Vi slår saman ideal og røyndom og seier at vi er nøgde med livet slikt det er, eller at alt er så gale at ingenting nyttar.

Utøving av disiplinen personleg meistring handlar i praksis om å lære seg å tenkje over kva ein sjølv vil med sitt eige liv, både i stort og i smått. Visjonar for livet kan formast på mange nivå, men for ein leiar i helsestellet ville det vere naturleg å tru at dei personlege visjonane vart knytte til idear om kva slags kollektiv ein har lyst å leie; kva fagleg retning kollegiet skal strekkje seg i; kva fagleg nivå skal ein strekkje seg etter for dei tilsette og for pasientane sin del. Visjonar i denne meininga handlar om kva

det er ein som individ verkeleg vil. For å seie det på ein annan måte: Dersom ein helseleiar ikkje vil særleg mykje med sitt eige liv, er det neppe særleg sannsynleg at han kjem til å bruke særleg energi på å utvikle den eininga han er sett til å vere leiar for. På den andre sida er klare og tydelege bilete av den retningen ein ynskjer å gå som individ, ein viktig del av det å vere leiar for eit kollektiv: Kva retning kan ein leie noko i, når ein ikkje har retning sjølv?

Personlege visjonar om kvar ein skal, er viktige, men disiplinen handlar eigentleg ikkje om dette. Den handlar om å bearbeide den spenninga som oppstår når visjonane møter den traurige kvardagen. For kvardagsvanskane går ikkje sin veg fordi om vi har ein vakker visjon. Derimot vil avstanden mellom kvardagen og bileta av framtida kunne skape energi, dynamikk og kreativ kraft nok for leiaren til at han maktar å ta dei grepa og utføre dei handlingane som skal til for å gjere noko med dei rådande tilhøva.

Denne disiplinen eigentleg om å kjenne og forstå den spenninga som ligg i all læringsaktivitet, seier Joyner i (Senge m fl 2000 s.391). For sjukepleiaren vil personleg meistring naturleg vere knytt til aspirasjonsnivået ved sengeposten. Det er vanskeleg å sjå føre seg at ein trøyt og lite inspirert leiar med små ambisjonar på eigne vegne skulle kunne inspirere pleiarane til å strekkje seg særleg langt i si eiga læring. På same vis kan ein tenkje seg at ein avdelingsleiar ved å skape kreativ spenning i si eiga gjerning som leiar, utfordrar legar og pleiarar til å strekkje seg i fagleg retning. Med utfordring meinast her rett og slett å kreve at nokon har lyst til å bli flinkare i si gjerning som helsearbeidar!

Eg presenterer her disiplinen ramma inn av verdiane på to dimensjonar, og plasserer så og seie helseleiar personlege visjonar midt mellom "fagfeller" og "kaos". - Ja, dette kan gi feil assosiasjonar. Men forstått i lys av den systemiske læringsmodellen vil helseleiar i si leiargjerning på den eine sida vere knytt til eit fagfellesskap av kollegaer som inngår i sterke relasjonar med pasientane, og på den andre sida vere den personen ved eininga alle andre ventar har kontroll og oversikt. Kontroll og oversikt er etter systemisk tenking berre illusjonar. Du har aldri anna kontroll og oversikt enn den du skapar sjølv, med dine eigne tankar. *Nettopp difor* blir desse tankane så viktige for leiaren!

Den helseleiar som tydeleg seier til seg sjølv: Eg ynskjer verkeleg å vere leiar for den sjukehusavdeling i Noreg som har den beste kreftomsorgen, har ei sterk indre drivkraft i faktisk å skape den eininga. Det er å tore og ville slikt som er vanskeleg, resten er berre hardt arbeid.

Felles visjonar

Lat oss forutsetje at ein helseleiar ynskjer å endre på praksis og tenkjemåtar ved eininga si. Han har fire ulike måtar å handle på: Han kan for det første prøve og argumentere rasjonelt-empirisk. Lat oss seie at dårlege resultat syner at ein innsats må gjerast i ei eller anna meining. Det kan vere lange ventelister, pasientar som er misnøgde, stor turnover osv. Han kan td syne at andre sjukehusavdelingar brukar andre pleie- og behandlingsmetodar, og synest å få betre resultat. Dette vil vere ein form for rasjonell-empirisk argumentasjon, men i ein organisasjon er eigentleg det det same som det vi kallar å læra av erfaring. Og då er problemet: Kor stor kontroll har vi over årsak-verknad i pleie- og behandlingssamanheng? Gjennom bruk av evidensbasert behandling og pleie kjem ein eit stykkje på veg. Men vi veit også at metodar er i kontinuerleg utvikling. Kor sikre er vi då på årsak-verknad, og korleis skal vi overtyde pleiepersonalet om at det dei har gjort tidlegare er feil?

For det andre kan helseleiar bruke makt i meininga arbeidsgivars styringsrett. Det kan det hende han må, i nokre samanhengar. Men dei fleste vil vere samde om at slike endringsstrategiar ikkje er dei første ein tyr til, når formålet er utvikling, læring og vekst mellom personalet!

For det tredje kan helseleiaren bearbeide subkulturar og gruppenormer som opprettheld uønskt åtferd. Sosiokulturelle læringsteoriar vektlegg at det som tel som kompetanse er sosialt konstruert; at kunnskap og dugleikar ikkje berre eksisterer hjå individet, men også i kollektive miljø (Säljö 2002, Lave & Wenger 1991, Wenger 1998). Dermed vert arbeidsplassens kultur viktig (Boreham 2006). Leiaren som kulturbyggjar kjem då i søkelys, og ein handlingsstrategi vil vere å prøve å endre den etablerte kulturen for helseinstitusjonens verksemd, og erstatte med ein annan kultur. Problemet er at det ganske enkelt er vanskeleg å endre innarbeidde gruppenormer mellom vaksne, etablerte yrkesutøvarar med høg grad av sjølvstende i yrkesutøvinga, men strategien er uansett sentral i tradisjonelt organisasjonsutviklingsarbeid.

Det ville ikkje vere unaturleg om ein leiar nytta alle tre endringsstrategiane andsynes pleiepersonalet i ein situasjon der det er nausynt å endre innarbeidd praksis og tenkjemåtar. Men utøvinga av disiplinen Felles visjonar inneber eigentleg ein fjerde endringsstrategi som kan kallast moralsk overtaling, eller *føring av normative samtaler om kva det innber å vere lege eller sjukepleiar og å utøve behandling og pleie i vår tid.*

Disiplinen felles visjonar vert i den systemiske læringsmodellen ramma inn av verdiane ”fagfeller” og ”stabilitet”. I dette ligg det ei forståing av helseleiarens rolle andsynes oppbygging av ein fagstab som deler grunnleggjande tankar om kva

organisasjonen skal halde på med, og dermed korleis ein skal organisere seg som eit fagfellesskap. Det stabile i denne meininga er, som Senge peikar på, at dei fleste organisasjonsmedlemer i utgangspunktet vil dele ein del tanke- og verdsett som grunnleggjande ber handlingane deira oppe. Det er evna til å føre dialogar og samtaler om desse meiningsberande verdsett, denne disiplinen handlar om. Helsestellet utgjør eigentleg eit takknemleg døme: Sjukepleieyrket og helsestellet er jo i stor grad meiningsberande institusjonar i seg sjølv, og utøving av disiplinen felles visjonar vil for helseleiaren slik sett innebære å ta på alvor dei grunnane folk hadde for valet om å bli lege eller sjukepleiar. Det innber ikkje at ein skal byggje opp ein fast målstruktur som ein ventar alle skal slutte seg til, men om å leite etter ei felles semje som ber organisasjonen, til tross for usemje om delmål og aktivitetar.

Utøving i praksis medfører altså for helseleiaren å leie dialogar med fagpersonalet, der målet er å utvikle forståing for den felles praksis institusjonen må leggje til grunn for verksemda si. Disiplinen kan utøvast på mange nivå, avhengig av trekk ved både leiar og stab. Det ligg likevel i helsearbeidarens gjerning at mykje av utøvinga i sin natur er desentralisert: Kvar lege eller pleie/legeteam utøver yrket i kvar sitt kontekst med sine pasientar eller pasientgrupper, og dei er i varierende grad avhengig av kvarandre i det daglege. Desentralisert, fagleg oppgåveløysing krev stor grad av sjølvleiing mellom utøvarane, og det er naturleg å sjå føre seg at helseleiar må leggje opp til dialogar der føremålet er å styrke den einskilde helsearbeidarar kapasitet til sjølvleiing. Litteraturen peikar på nokre måtar dette kan gjerast (Senge et al 2000): Leiaren må dyrke sjølvstende og initiativ mellom helsearbeidarane; dei må involverast og få ansvar på alvor; det må lagast arenaer for læring og vekst for alle, og helseleiaren må byggje ned kontrollrutiner og byggje opp motivasjonssystem for proaktiv handling.

Endå meir konkret kan vi sjå føre seg at helseleiaren oppmodar alle tilsette til å utvikle sine eigne, personlege visjonar om seg sjølv som yrkesutøvar. Råda i litteraturen er også å handsame alle i staben likt (op cit). Det bør ikkje vere slik at nokre tilsette vert oppfatta som likare enn andre. Det inneber ikkje at leiarteamet ikkje har meir ansvar enn andre, eller at ikkje den erfarne legen har større innverknad enn den ynste pleiaren, men at alle som inngår i produksjonen av helse vert oppfatta som viktige bidragsytarar. Den som vaskar operasjonssalen har det reelle ansvaret for hygien, og dermed direkte påverknad på kvaliteten for pasienten som ein heilskap. Det er dette eg oppfattar som essensen i ideen om det som vert kalla kliniske mikrossystem (Batalden og Stolz 1992). I mikrosystemet inngår alle som deler i ein heilskap rundt pasienten. Eit lite tannhjul er ikkje mindre viktig enn eit stort, spørsmålet er kva tannhjulet gjer for systemet.

Andre råd i litteraturen er å unngå at ”utvalde stemmer får tale”. Det er ein metode som kan nyttast for å bryte negative gruppemønster. Leiaren skal ikkje akseptere ”antisipert frustrasjon”, men la kvar enkelt person i fagstaben få tale for seg. Eit siste råd er at leiaren skal dyrke sjølv – og forlange av andre – respekt for individa i organisasjonen.

Disiplinen Felles visjonar handlar ikkje om mål, den handlar eigentleg ikkje om semje heller, men om empowerment. Det handlar om å gjere folk så og seie i stand til å tenkje sjølv om si rolle i organisasjonsforandring. Det gjer helseleiaren gjennom moralsk overtaling – han må vere aktiv i forminga av gruppenormene ved å lede faglege diskusjonar og trekkje pleiarar for alvor inn i og ansvarleggjere dei andsynes gjerninga som helsearbeidar og den praksis som skal gjelde ved deira avdeling/eining.

Den helseleiar som naturleg samtaler slik med sine pleiarar ”du er ein god sjukepleiar, men kva kan vi gjere for at du skal bli endå betre?”, er på god veg til å utøve disiplinen.

Mentale modellar

Ideen om mentale modellar er gamal. Sjølve orda – omgrepet - blir tilskriven den skotske psykologen Kenneth Craik, som nytta det i boka *The Nature of Explanation* i 1943. I dag nyttar vi også omgrep som ’mentale kart’, ’mind maps’, ’referanserammer’ og ’kognitive modellar’ når vi syner til dei mentale prosessane (kognisjon) som skjer når eit individ tileignar seg, kodar, lagrar, gjenkallar og dekodar informasjon. Sagt på ein annan måte: Det handlar om den metoden vi brukar for å strukturere kunnskap slik at det vert lettare for oss å hugse og bruke erfaringar utan å gå vegen om ny informasjonsinnsamling og analyser av denne informasjonen, kvar gong vi støter på ei utfordring.

Forstått på denne måten er ein mental modell hos eit individ ei avspegling av korleis vedkomande oppfattar verda utanfor seg sjølv, både i stort og i smått. Eit vanleg døme på ein mental modell er dette: Du går på tur – du ser ein hoggorm – og reagerer med frykt og tilbaketrekking, sjølv om sannsynet for å bli biten av ein orm er svært liten. Ormen er truleg meir redd enn deg, og er sjølv på veg vekk. Reaksjonen frykt og tilbaketrekking er ikkje resultat av ein rasjonell analyse av situasjonen, men av modellen: ”Orm→fare→flukt”.

Mentale modellar eller mentale kart har i regelen rot i røyndomen. Men dei er ikkje røyndomen, dei er berre bilete av røyndomen. Bileta kan forandrast, og då forandrar vi samstundes dei tankemønstra som styrer handling (eller ikkje-handling) som er knytt til modellen. Overført til organisasjonar handlar disiplinen mentale

modellar om å forstå korleis ein sjølv og andre tenkjer i forenkla kognitive bilete, og at desse bileta kan – og må – forandrast om organisasjonsmedlemene skal lære. Om dei ikkje forandrar mentale modellar, lærer dei ikkje noko nytt, for det er jo mentale modellar vi lærer når vi lærer.

Nyare læringsteori legg vekt på at kunnskap og dugleikar ikkje berre eksisterer hjå individet, men også i kollektive miljø (Säljö 2002). Kompetanse vert i lys av ei slik forståingsramme utvikla gjennom deltaking i ulike praksisfellesskap (Lave & Wenger 1991, Wenger 1998), og dermed vert arbeidsplassens kultur viktig (Boreham 2006). Kulturomgrepet inneber å rette søkjelys på det som skjer i slike arbeidsfellesskap, der det som er skjult og uutalt må gjerast til gjenstand for diskusjon og analyse. Disiplinen mentale modellar kan vere eit verktøy til granske arbeidskulturar

Disiplinen kan utøvast på to måtar som vil vere kjende for mange: *Refleksjon* og *gransking* (inquiry). Forfattarane Donald Schön og Chris Argyris er kvar for seg og saman, sentrale i utforming av idear om korleis organisasjonsmedlemer lærer å utfordre eksisterande mentale modellar mellom dei sjølve og andre – eller det motsette: Lærer å la vere å utfordre eksisterande modellar. Det er kanskje det vanlegaste. Senge seier elles at trongen for utøving av denne disiplinen vert særleg påtrengjande i organisasjonar der rommet for refleksjon er lite, og medlemene er lite vane med ideen om at andre synspunkt enn deira eige kan ha relevans og vere like ”sanne” som det dei sjølve opplever som korrekt tolking av ei hending (Senge et al, 1994).

Leiarens mentale modellar må også utfordrast gjennom refleksjon og gransking. Det er like viktig for leiaren å få utfordra sine eigne tenkjemåtar, som det er for han å utfordre andre. Den tradisjonelle, hierarkiske organisasjonstenkinga som plasserer makt, mynde og autoritet hos den formelle leiaren vil truleg hindre folk i å vere ærlege og oppriktige om openberre feilslutningar frå ein helseleiar si side. Dette er ein av mange grunnar til at dobbeltekrets-læring er så vanskeleg.

Det kan tenkjast fleire konkrete måtar å utøve disiplinen mentale modellar ved ein helseinsitusjon. Individuell rettleiing/kompetanseutvikling mellom to kollegaer vil innebere kollegarettleiing som hjelp til pleieutvikling gjennom førrettleiing, gjennomføring av aktivitet og etterrettleiing/vurdering. I samspelet mellom to kollegaer må etablerte handlingsmodellar klargjerast. Det er dette som blir poenget i lys av disiplinen mentale modellar.

Rettleiing i grupper kan også vere eit verkemiddel. Ved td gjennom problembaserte læringsmodellar i gruppesamanheng kan det setjast ord på taus kunnskap og gjennom det skape ny innsikt, kritisk refleksjon, knyte eigne erfaringar til

vitskapleg basert kunnskap, trene på å strukturere samtalar/ diskusjonar, etablere nye, tenlege grupperingar, omfordele tidsbruk, tilføre erfaringar frå andre helseeiningar, osv

I lys av den systemiske læringsmodellen framstår mentale modellar som ein disiplin ramma inn av verdiane ”pasientar” og ”stabilitet”. Men det meiner eg at refleksjon og gransking i ein institusjonssamanheng truleg bør forståast som pågåande samtaler om korleis ein tenkjer omkring behandling og pleie, medisin og sjukepleie. Utøving av disiplinen vil for helseleiaren handle om å utfordre helsepersonellet til å reflektere individuelt og kollektivt over dei resultata deira eigne pleie- og behandlingsmetodar fremjar hjå pasientane, og å stille dei spørsmåla som skal til for at kvar enkelt helsearbeidar – åleine eller i team - maktar å sjå betre korleis vi systematisk veljer ut og legg meining til eit utval hendingar. Det å byggje opp slike refleksive sløyfer er slett ikkje lett, seier Ross (op cit s. 240), men vil vere ein svært praktisk måte å starte oppbygginga av ein lærande organisasjon. ”Kvifor brukar du nett den behandlings-metoden”, og ”kvifor har du aldri prøvd ein annan teknikk?”, ”kva veit du om pasientane dine, og kva er det du trur du veit om dei”, kan vere døme på type granskingsspørsmål som kan vere med på å klargjere etablerte tankemønster som styrer våre handlingar møtet med pasientar.

Læring i lag (gruppelæring)

Dette er den mest utfordrande disiplinen, seier Roberts (Senge et al 1994 s. 355). Både intellektuelt, emosjonelt og sosialt er det ei utfordring å lære og lære i lag. For medlemmer i lag og team handlar det om å lære og sjå og ta omsyn til kollektivet, samstundes som ein utviklar sine personlege kunnskaper og evner. For å syne kva utøving av disiplinen kan handle om i ein helsesamanheng, kan vi kanskje gi ei slik skildring:

Pleiarane ved ein tenkt sjukeheim er inneforstått med at pasientane utgjer eit felles ansvar, og pleiarane støttar kvarandre i læringsprosessar som involverer pasientar. Det er ikkje ”mitt og ditt” skift, men ”våre pasientar.” Sjukeheimsleiaren fører ein kontinuerleg dialog med sjukepleiarar, hjelpepleiarar pårørande og pasientar om erfaringar og utfordringar, og prøver stadig å kople saman fagfolka i lag og arbeidsgrupper der utfyllande erfaringar og evner vert lagt til grunn. Dei yngste pleiarane får oppfølging og avlastning frå meir erfarne kolleger. Kvar einskildt pleiar blir oppmoda til – og får støtte til – å utvikle individuelle kunnskaper og faglege interesser. Sjukeheimsstyraren er i ferd med å byggje opp ein stab av faglege spesialistar som fungerer som støtteressursar for alle ved sjukeheimen, og også for andre sjukheimar i regionen. Stadig oftare vender kollegaer seg til styraren for å få råd om korleis dei skal løyse utfordringar knytte til organisering av omsorg.

Vanlegvis oppfattar vi nett det å lære og lære som utvikling av ein metakunnskap som gjer oss innsikt i korleis vi sjølve tilnærmar oss nye utfordringar. Disiplinen læring i lag handlar om noko meir, den handlar om korleis vi tilordnar denne kunnskapen til eit sosialt felleskap utanfor oss sjølve, slik dømet ovanfor syner. Wenger (1998) er opptatt av dette, når han skriv om læring i eit praksisfellesskap. Både Senge og Wenger brukar omgrepet 'alignment' – å komme på linje' når dei talar om korleis den enkelte av oss strevar med å få våre eigne erfaringar og vår eigen kunnskap til å stemme overens med det som vert venta av oss som medlemmer i eit større arbeidsfellesskap. Hellesnes (1975) hevdar at for å forstå oss sjølv må vi "lokalisere oss" – og finne kvar vi står i den samfunnsmessige og historiske samanhengen. Det inneber å kunne sjå oss sjølv i høve til andre og å skifte perspektiv i forståing av menneska og fenomena som omgjev oss. Eit lag, eit organisasjon, eit team eller eit praksisfellesskap vert så og seie den meiningsberande ramma for den aktiviteten vi strevar med, enten det er gjennomføring av undervisning ved ein skule, fotballspeling eller sjukepleie. Men kva er denne ramma, og korleis bidreg vi til at den vert noko meir enn summen av oss? Det handlar denne disiplinen om.

Utviklinga av gruppelæring forutset etter Senge si meining evne mellom medlemene til å kommunisere i to ulike modus: Gjennom diskusjon og dialog. Ved å diskutere, utviklar gruppemedlemer individuelle synspunkt og forsvarer standpunkt. Diskusjonar kan dermed vere prega av politikk, makt, diskusjonar om rett og gale, mangel på omtanke og redsle. Grupper som arbeider i lag vil vere prega av slike prosessar, men Senge seier at dei som også lærer i lag, evner å utvikle diskusjonar til dialogar, der lytting og undersøkjande refleksjon fremjar ny innsikt som løfter kollektivet til eit høgere ytingsnivå.

I organisasjonssamheng er koordinering av handling sentralt. Det er det organisasjonar på mange måtar handlar om. Det Senge kallar 'alignment' er ein koordineringsprosess tett knytt til dialogen og det uformelle og spontane samspelet mellom medlemene i ei gruppe. Eit slikt perspektiv set ikkje til sides ideane om formell leiing og styring. Tvert om, det vert ei sentral oppgåve for leiarane å sørge for at medlemene får høve til å engasjere seg og ta i bruk både fantasien sin og evnene sine på ein slik måte at arbeidet gir rom til innleving og refleksjon i ein kollektiv samheng. Leiing i eit slikt perspektiv handlar om empowerent. Wenger (1998) skil mellom denne forma for alignment og den tradisjonelle styringa som skjer i organisasjonar gjennom prosedyreorientering. Det er gjennom rundskriv, beskrivelsar, prosessreglar og andre

prosedyrar organisasjonar tradisjonelt sørger for koordinert handling. Læring i lag representerer eit alternativt syn på koordinert handling i kollektiv samanheng.

Disiplinen handlar altså ikkje om teambygging, forbetring av kommunikasjonar, sensitivitetstrening eller andre, tradisjonelle lagbyggingsaktivitetar. Dvs den kan godt innebere det også, men ikkje berre det. Derimot handlar den om korleis dialogen er grunnleggjande viktig når ei gruppe reflekterer seg fram til ny, felles kunnskap og handlemåtar som den einskilde ikkje kan nå fram til på eiga hand. Det 'å vere på linje' gjer det mogeleg å tale om felles fortolking av hendingar og utvikling av felles mål og åtferd. Det er altså gjennom 'alignment' individet og organisasjonen vert bunde saman, ogt vi handlar som kollektivt medlem og ikkje som individ. Personleg meistring og personleg dugleik er viktig i utøving av disiplinen, men dette er ikkje nok, seier Senge. Det handlar om at den flinke vert i stand til å sjå sin eigen dugleik i lys av 'den andre'.

Han seier at disiplinen byggjer på tre grunnleggjande dimensjonar. Den første er enkel å forstå: Det handlar om å la alle dei individuelle kunnskapane til individa få rom i laget, medlemene må kunne føle at det dei kan, faktisk vert verdsett slik at laget tek i bruk medlemenes kunnskap og evner. Dette er ikkje sjølvst i organisasjonar der reglar og formelle roller avgrensar åtferd.

Den andre dimensjonen kallar Senge 'operasjonell tillit', og med det meiner han at vi kan stole på kvarandre i den meining at vi er i stand til å handle utfyllande. Eit døme: På eit fotballlag må spelaren som sender ballen frå seg, stole på at medspelaren er i sin posisjon og forstår den rolla han har på laget. Eller i jazzorksteret som improviserer: Utøvarane av dei ulike instrumenta må lytte til kvarandre og tilpasse instrumentbruken til orkesteret. Det kan innebere at den flinke trompetisten knappast brukar sitt instrument, men når det er behov, er han der. Overført til helseinstitusjonen: Ein møter ALLTID til rett tid for vaktskifte eller andre situasjonar der omsyn til andre er ein føresetnad for at ein prosess utanfor oss sjølve skal fungere.

Den tredje dimensjonen handlar om å utøve lagets aktivitet i andre samanhengar enn den vi vanlegvis tenkjer som knytt til kjerneaktiviteten. I praksis, seier Senge, fremjar vi dei kollektive interessene våre i andre samanhengar enn i laget sjølv. For ein helseleiar vil dette i praksis innebere at han må kunne stole på sjukepleiarane eller leiarteamet hans fremjar avdelingens interesser i alle samanhengar, ikkje berre når dei er i jobb ved eigen avdeling.

På mange vis kan ein seie at læring i lag er ein disiplin som er ei praktisk utøving av alle dei andre disiplinane. Den inneber personleg meistring og felles visjonar, men den inneber også å praktisere systemisk tenking i stort og i smått parallellt

med evna til å utfordre mentale modellar. På dette nivået er det truleg stor likskap mellom denne disiplinen og det som vert kalla distribuert leiing (Gronn 2003).

2.4 Den femte disiplinen som overordna analysereiskap..?

Formålet med dette kapitlet har vore å gjere greie for dette perspektivet på ein slik måte at det kan danne grunnlag for operasjonalisering i ein helse- og sosialkontekst. Det inneber at eg har retta søkelys på dei konkrete tenkje- og handlemåtane som kan utleiast av Senges arbeid og dermed korleis dei kan bli til teoretiske dimensjonar i forståinga av den lærande leiaren. Det er to utfordringar i det vidare:

For det første: Dette er ein undervegstekst. Det er meininga å byggje den ut vidare med andre teoretiske resonnement som underbyggjer eller utviklar det eg kallar den systemiske læringsmodellen. Mykje kan hentast ut av Strand (2001/2007) si lærebok, der PAIE-omgrepsapparatet kan tilpassast, men det er samstundes naudsynleg å gå inn i eit utval teoriarbeid som eg ikkje trur er handsama særleg utfyllande i Torodd Strand sitt arbeide. Eg vil nemne nokre trådar:

Når det gjeld disiplinen personleg meistring er det aktuelt å gå til Fritz (1999) som Senge uttrykkjeleg seier er ei inspirasjonskjelde. I tillegg trur eg Rollo Mays bok "The Courage to Create" kan vere interessant her (1994). Felles visjonar trur eg kan utfyllast og gi meining på fleire måtar. Wengers perspektiv "praksisfellesskap" kan vere ein innfallsvinkel (1998), men eg vil særleg leite etter litteratur som seier noko om korleis leiarar legg til rette for kontinuerleg forbetring, og eg vil særleg vurdere korleis Bataldens omgrep kliniske mikrosystem kan fungere i denne samanhengen. Disiplinen Mentale modellar trur eg bør teoretisk vidareutviklast med utgangspunkt i omgrep som forklarar korleis vi oppfattar organisasjonar som meir verkelege enn dei eigentleg er, og korleis språket vårt opprettheld systemiske strukturar berre fordi dei ikkje vert utfordra. Hacking (1999) og Argyris og Schön er sentrale forfattarar. Den fjerde disiplinen, læring i lag er den vanskelegaste å arbeide med. Her er det tre innfallsvinklar eg har tenkt å forfølge: Den eine er knytt til omgrepet mikrosystem. Korleis kan ein forstå ei gruppe organisert rundt eit problem som ei sjølvorganiserande eining. 'Mikroteam' talar Krogstad (2006) om. Ein annan innfallsvinkel er Wengers omgrep 'praksisfellesskap'. Kan ein forstå eit praksisfellesskap som ein arena der nokon lærer i lag? Ja, men korleis skal ein utvikle idear om leiarskap i slike fellesskap – og på tvers av fellesskapa? Den tredje innfallsvinkelen er å gå til den opphavslege sosialpsykologilitteraturen på feltet, som stammar frå OU-tradisjonen etter Lewin (French og Bell, 1999).

Eg trur vidare at det grunnleggjande læringsperspektivet, den systemiske tenkinga, med fordel kan vidareutviklast gjennom ein kombinasjon av teoriar om relasjonell tenking (Bakhtin (1986) , Mead (1934) Stacey og Griffin (2006) kombinert med ei drøfting av om ikkje nokre av Nonaka (2004) sine omgrep er betre enn Senges, når fenomen som ”kaos” og ”orden” skal forklarast. Qvortrup (2000) er også relevant her.

For det andre: Den femte disiplinen er i utgangspunktet meint å vere eit sett av tenkjemåtar som ein utøver i praksis. Ei livslang utøving i teori og praksis, talar Senge om. Det han først og fremst siktar til, er den utøvinga som er knytt til byggjing og utvikling av konkrete organisasjonar og sosiale fellesskap. Men ein kan også tenkje seg den femte disiplinen som eit overordna omgrepsapparat til bruk for å meta-analysere andre tekstar om læring og utvikling. Det er denne utfordringa dei neste kapitla reiser.

3. Sjukehusavdelinga som læringsarena

3.1 Kva gjer praksisopplæringa med avdelinga?

Den vanlege måten å forstå læringstilhøvet ved ein sjukehusavdeling som også er praksisplass, er frå sjukpleiestudenten eller sjukepleiutdanninga si side. Eg er interessert å sjå det frå ein tredje synsstad – frå praksisplassen si side. Eg kan ikkje sjå at det er retta særleg sterkt søkelys på kva som skjer i ei sjukehusavdeling som har studentar i praksis. Kva læringsutfordringar står ein overfor her, og korleis skal ein organisere og analysere dei aktivitetane avdelinga utfører som del av det å vere praksisplass?

Eg avgrensar teksten til å gjelde sjukehusavdelingar med sjudøgnsdrift (sengepostar), heretter kalla avdeling, som tek i mot sjukepleiestudentar i praksis. Desse avdelingane fungerer då som opplæringsavdelingar med eit samarbeid med den aktuelle høgskulen som studentane er knytte til. Kontaktsjukepleiar vil vere den eller dei sjukepleiarane som har eit spesielt ansvar for studentane i praksisperioden. Når eg refererer til dei tilsette, meiner eg sjukepleiarane som arbeider ved avdelinga. Med tittelen sjukepleieleiaren meiner eg leiaren som har det faglege ansvaret for avdelinga. Dette inkluderer då ansvar for fagutvikling, opplæring og kunnskapsoverføring i avdelinga

Eg vil i denne teksten leggje fram relevant teori og mogelege resonnement som kan vere med å forklare rammene rundt dei formene for læring og kunnskapsoverføring som skjer ved ein slik praksisplass. Eg vel altså å sjå avdelinga som ein læringsarena, og et vil i det vidare ta utgangspunkt i Nonaka og Takeuchi si forståing av omgrepa taus og eksplisitt kunnskap (1995) når eg leitar etter måtar å analysere den kunnskapsutviklinga som finn stad når høgskule og sjukehus møtest i den læringsprosessen som gir ferdige studentar som resultat.

3.2 Måtar å forstå læring i helseinstitusjonen

Dagens helseinstitusjonar ønskjer å stå fram som lærande organisasjonar. Men kva meiner vi med dette, og kva kan vi vente av ein slik organisasjon?. David Garvin (1993) definerer ein lærande organisasjon på denne måten:

”...an organization skilled at creating, acquiring, and transferring knowledge, and at modifying its behavior to reflect new knowledge and insights” (Garvin, 1993)

For å kunne bli ein lærande organisasjon vil det være naudsynt med ein kultur som støttar opp under alle desse aspekta. Ein må fremje innovasjon og samarbeid, i tillegg til intern og ekstern openheit. Ein lærande organisasjon vil ha metodar for effektiv overføring og utnytting av kunnskap, og kulturen i organisasjonen vil altså leggje til rette for at gode kunnskapssystem faktisk vert brukte.

Ein vil kunne forvente at grunnlaget for læring i ei offentleg verksemd kan vere noko annleis enn i privat sektor (Strand, 2007, s 271). Offentleg sektor skil seg frå privat på mange måtar. Ein viktig skilnad er at det er mogleg med ein sterk grad av kontroll både inne i og ut frå organisasjonen. Det inneber at det kan vere lite rom for utøving av leiing. Kontrollen ligg hos det offentlege, anten kommunen eller staten. Ein leiar i det offentlege vil kunne ha eit mindre handlingsrom enn ein leiar i privat sektor. Helseinstitusjonar generelt, og sjukehus spesielt, er også typiske døme på ekspertorganisasjonar der det er sterke innslag av fagekspertise både hos dei tilsette og i leiande stillingar. Dette såg vi tydeleg då staten innførte helseføretaksmodellen og stillingane som avdelingssjefar for føretaket sine avdelingar vart utlyste. Dette resulterte i at stort sett berre mannlege legar vart tilsette som avdelingssjefar, sjølv om det også var andre, sær kompetente søkjarar med ei anna utdanning i botnen. Få av legane som vart tilsette hadde formell kompetanse innanfor administrasjon og leiing. Men dei hadde gjerne mange års erfaring som avdelingsoverlege, som var leiarstilling i organisasjonen før omstillinga til helseføretak. Dette trur eg er eit uttrykk for at sjukehusa var vande med å ha legar som sjefar i den gamle fylkeskommunale modellen. Tradisjon og forventning i den tradisjonelle, offentlege ekspertorganisasjonen avgrensa altså ideane om kven som kunne vere leiar og korleis leiarrolla kunne fyllast og utformast.

Praksisfellesskap som læringsforhold

No har dette biletet endra seg ganske mykje, og andre leiarar er komne til etter kvart. Det har ført til at legane kan bruke meir tid på behandling og mindre tid på administrative funksjonar. Det kan vere svært krevjande å ha ein organisasjon med mange sterke fagpersonar, t.d. slik organisasjonsforskarer Henry Mintzberg seier det:

”Presset fra pasienter og profesjoner er enormt, og det å styre profesjoner som arbeider med liv og død, håp og fortvilelse, smerte og angst er som å prøve å gjete katter” (Mintzberg, 1997).

Leiing og styring i helseinstitusjonar framstår altså som ei stor utfordring. Finnst det då måtar å forbetre forståing av korleis fagmenneska tenkjer, slik at vi slepp å ty til bilete av den typen Minzberg nyttar? Kan td. omgrepet praksisfellesskap vere ein innfallsvinkel til forstå korleis ein sjukepleiar blir slik ho blir som fagperson? Nøkkelen er då å rette søkelys på heile gruppa av pleiepersonale som arbeider på ei avdeling. Eit praksisfellesskap definerer Etienne Wenger (1998) slik:

”The concept of a **community of practice** (often abbreviated as CoP) refers to the process of social learning that occurs when people who have a common interest in some subject or problem collaborate over an extended period to share ideas, find solutions, and build innovations.”

Læring i fellesskapet held fellesskapet saman, på den måten skil praksisfellesskap seg frå t.d. læring i nettverk og i team. Grensene i praksisfellesskap er fleksible, og det er dermed lettare for nye medlemmer å få innpass etter kvart som dei lærer den praksisen som fellesskapet er bygd på. Læringstilhøve i praksisfellesskap baserer seg mykje på dei sosiale relasjonane og tilhøvet mellom deltakarane. Motivasjon og kjensler verkar også inn på dette. Læringstilhøve kjem i stand når to eller fleire koplæringsåttferd. Læringsåttferd er eit uttrykk for tileigning av kunnskap, noko ein anten gjer på eiga hand ved å lese, skrive eller observere, eller i samhandling med andre menneske. Då vert det bringa inn ein mellommenneskeleg dimensjon i omgrepet. (Wadel, 2002:27-28) Dette er eit tema som er interessant å sjå på både i høve læringa og kunnskapsutvekslinga som skjer inne i avdelinga der ein har eit og kanskje fleire praksisfellesskap, og i høve til det praksisfellesskapet som høgskule og studentar er ein del av. Desse praksisfellesskapa kan på fleire måtar verte integrerte i kvar andre. Eg kjem nærare inn på dette.

I følgje Jacobsen og Thorsvik (2002:327), viser omgrepet læring både til at ein tileignar seg ny kunnskap og til at ein endrar åttferd. Dermed inneheld det både ein kunnskaps- og ein handlingskomponent. Ein annan definisjon på læring er i følgje Lave og Wenger (1991):

”Læring betyr å meistre aktivitetar, handlingar og språklege diskursar innanfor eit fellesskap.”

Organisasjonar lærer berre ved at menneske lærer. Dette er ikkje nokon garanti for at organisasjonen lærer, men utan individuell læring vert det heller ikkje organisasjonslæring. (Senge, 1991:145) Eg har i innleiinga mi teke med ein annan definisjon på den lærande organisasjonen. Felles for definisjonane er at for

Det kritiske punktet i alle organisasjonar er då også å gjere individuell kunnskap om til kollektiv kunnskap.

Den individuelle læringa må setjast i system om ein skal få den til å medverke til at organisasjonen lærer. Eit typisk eksempel kan vere at ein sjukepleiar reiser på kurs og lærer seg ein ny pleiemetode for pasientar med lårhalsbrot. Om sjukepleiaren ikkje tek denne kunnskapen med seg vidare til kollegaene sine, skjer det berre individuell læring. Dersom sjukepleiaren held kurs for resten av dei tilsette, ny prosedyre vert skriven og denne vert integrert i organisasjonen, då har ei av formene for organisasjonslæring funne stad.

Wadel (2002) meiner at læringstilhøvet er basiseininga i lærande organisasjonar og at denne type organisasjonar er kjenneteikna av eit mangfald av ulike læringstilhøve. For å få dette til må det stadig utviklast nye læringstilhøve i organisasjonen. Arbeidet med denne etableringa vert særst viktig og partane må utvikle samsvarande ferdigheiter. Etableringa vil ein kunne seie går føre seg på ulike stadium. Det startar på eit orienterande stadium, så eit utforskande stadium, eit involverande stadium og til sist vert det enkelte gonger kravd eit fortruleg stadium (Altman og Taylor, 1973).

I dei tilfella der ein flyttar seg frå eit enkeltstående og over til enkle nettverk av læringstilhøve har ein truleg hatt eit orienterande læringstilhøve som har opna opp for ein tredjeperson somher gjeve rom for større dynamikk i læringstilhøvet. Nettopp denne dynamikken er det eg er ute etter når eg seier at eg vil sjå på kva innverknad det har på læring og kunnskapsutvikling i avdelinga at ein har studentar i praksis.

Sjukepleiarar tileignar seg kunnskap og vil i arbeidet med rettleiing av studentar vidareføre denne kunnskapen til studentar og kollegaer. I tillegg har eg ein tanke om at høgskulen representert av høgskulelærar kjem inn i læringstilhøvet slik at det dannar seg eit enkelt nettverk mellom deltakarane. I eit litt større perspektiv vil ein då kanskje kunne sjå danning av systematiske læringstilhøve som bind saman avdelinga/organisasjonen i ein større heilskap – eit utvida læringssfellesskap - som bind saman høgskule og sjukehus.

Læring på fleire nivå

Gregory Bateson tok i bruk grunnleggjande teoretiske resonnement kring omgrepet deuterolæring og presenterte det for fyrste gong i 1942. Ein kan med utgangspunkt i Bateson dele læring inn i tre nivå, der deuterolæring er ei form som kan forståast som

læring på nivå tre. Nivå ein dreier seg om læring på individnivået der individet lærer å kjenne att eit signal eller ei hending og handle korrekt ut frå det som skjer. (Glosvik, 2002) Dei strukturane og prosessane som held fast "sanninga" for individet (eller forandar denne, td i form av ei prosedyreendring) kan vi kalle ei læring på nivået over, nivå to, medan deuterolæring kan skildrast som læring der vi lærer om det å lære, altså på eit nivå over der igjen, nivå tre. Det kan dermed endre tidlegare oppfatningar vi har, og det vert ei læring som lærer oss kva læring har å seie. Prosessen som skjer her vil vere at ein kontinuerleg arbeider med løysingar på problem ein møter på. Desse løysingane kan då føre til kollektive refleksjonsprosessar som utviklar ny innsikt, og som gjer grunnlag for nye konkrete organisasjonstiltak. (Levin og Klev, 2002)

På det tredje nivået av læring tek ein inn over seg det ein opplever og ut frå det potensielt endrar radikalt på handlingsmodellen, eller vel heilt nye handlingsmodellar. Argyris og Schön argumenterer elles for at deuterolæring kan finne stad både på nivå to og tre (1978/1996). Etter deira omgrep er systematisk deuterolæring på nivå tre sjeldan og vanskeleg. Deuterolæring i meininga kontinuerleg forbetningsarbeid vil finne stad på nivået under. Grunnen til at læringsprosessar på nivå tre er så sjeldan, er at faktorar som den du *er* og *der* du er avgjer kva type læring ein går gjennom, og til vanleg analyserer vi ikkje oss sjølve som organisasjonsmedlemer på dette nivået. (Glosvik, 2007) Å lære å lære heng saman med både organisasjonsform, normative verdiar og fundamentale tenkjemåtar som ikkje let seg endre så lett. I nyare læringsteori vert dette kalla *vilkår* for å lære. (Nonaka, 1994)

I min arbeidskvardag vil vi då kunne få dette til dersom sjukepleiarane som rettleier studentar systematisk og refleksivt samhandlar med sine kollegaer, høgskulelærar og leiaren i avdelinga. På den måten vil vi kunne greie å leggje til rette for at vi skal drive læring på nivå to og kanskje enkelte gonger nå opp til nivå tre. I tillegg skal vi vere klar over at for ein student vil enkle rutineoppgåver og det å følgje prosedyrar kjennast som læring på eit høgt nivå, fordi dei ikkje sit på den grunnleggjande kunnskapen som dei meir erfarne sjukepleiarane i avdelinga har. Dermed kan læring på nivå ein hos nokon vere læring på nivå tre hos andre.

Den femte disiplinen

Det er naturleg å sjå lærande organisasjonar som ein del av det som vert kalla organisasjonsutviklingstradisjonen. For å sjå nærare på dette kan vi ta utgangspunkt i Peter Senge sitt omgrep dei fem disiplinane i den lærande organisasjonen. Boka til Senge sette læring på dagsordenen i arbeidslivet på eit tidspunkt då interessa for

lærande organisasjonar var gryande. (Levin og Klev, 2002:30) Senge har basert noko av arbeidet sitt på Argyris og Schön sitt arbeid "Organizational learning" som vart publisert i 1978. Senge presenterer i boka si dei disiplinane han meiner medlemmer må meistre eller utøve for at ein skal kunne utvikle ein lærande organisasjon. (Senge, 1994) Dei fem disiplinane må ikkje sjåast på som ein teknikk som skal utførast, men meir som eit metaverkty for korleis ein kan tenkje og handle. Innanfor kvar disiplin vil ein kunne finne fleire ulike tilnæringsformer.

- Systemtenking – bidreg til å vise korleis ulike element og prosessar i ein organisasjon er kopla saman til ei funksjonell eining
- Personleg meistring – utvikling av eigen visjon for arbeid i organisasjonen, fokusering av energi mot læring og utvikling
- Mentale modellar – identifiserer den kognitive forståinga som den einkilde har av korleis organisasjonen fungerer
- Byggjing av ein delt visjon – skape prosessar som utviklar ein felles visjon hos medlemmane i organisasjonen
- Læring i team – sikre at medlemmane kan lære av og frå kvarandre slik at teamet står fram som noko meir enn summen av medlemmane.

Disiplinane mentale modellar og personleg meistring er retta inn på å forstå korleis individa si tenking påverkar organisasjonen, medan delte visjonar og læring i team vert nytta for å forstå korleis grupper og kollektiv påverkar individa. Systemtenkjinga vil vere "den femte disiplinen som bind det heile saman". (Senge, 1994). Fleire punkt er interessante i samband med læringstilhøva eg er oppteken av. T.d. kan utøving av disiplinen mentale modellar fortelje meg at kontaktsjukepleiarane kanskje ser på rettleiing som ei plikt og ei bør, som kjem på toppen av alt det andre arbeidet dei skal gjere i avdelinga. Om dette er ein tankegang som spreier seg vil vi truleg ikkje klare å utøve disiplinen læring i team. I tillegg vil personleg meistring spele inn, fordi kvar enkelt sjukepleiar sin eigen meistring av yrket og meistring i arbeidet som rettleiar, vil ha innverknad på sluttresultatet.

Senge (1991) er også oppteken av avgrensingar i læringsevna til organisasjonar. Han nemner sju resonnement rundt dette. Det første gjeld måten vi menneske knyter dei personlege identitetane våre til formelle roller i organisasjonen. Vi let dette skje og samstundes aksepterer vi at vi låser oss til desse rollane. Vi er ikkje lenger interesserte i å gjere oppgåver som ligg utanfor vårt eige område, og fjernar oss med det frå

læringsutfordringar. Frå eiga avdeling kjenner eg dette att når personalet ønskjer å fråskrive seg ansvar når det gjeld undervisning og rettleiing: ”Dette er ikkje mitt ansvar, det er leiaren som må gjere dette!” Avgrensing nummer to er knytt til korleis vi forstår omverda gjennom omgrepa ”oss” og ”dei”. Ein brukar ei form for ”fiendebilete” av andre for å styre eigne læringsaktivitetar og med det avgrensar ein ubevisst eigen læringshorisont. Den tredje avgrensinga kallar Senge illusjon om handling. Med dette meiner han at ein sterk grad av proaktivitet kan føre til ein reaktiv organisasjon, dette fordi ekte proaktivitet kjem som eit uttrykk for forståing av våre eigne bidrag til dei problema vi slit med. Neste avgrensing er knytt til kortsiktig overfokusering på einskildhendingar. Vi vert ofte tvungne til å rette merksemda vår mot dei vanskane som dukkar opp her og no, i staden for å sjå på den gradvise endringa som kan representere dei langsiktige og verkeleg farlege utfordringane for organisasjonen vår. Den femte avgrensinga gjeld gradvise endringar. Leiarane er så opptekne av det dramatiske og det openbert trugande at gradvis endring ikkje vert lagt merke til – kanskje ikkje før det er for seint. Avgrensing nummer seks er knytt til vanskane med å lære av erfaring. Dette fordi det i organisasjonssamanheng ofte er stor avstand mellom handlingane våre og konsekvensane av handlingane. På denne måten kan læringshorisonten vår bli svært avgrensa når det gjeld erfaring. Den siste avgrensinga dreier seg om myta om leiarskap gjennom team. Senge siterer her Argyris som seier at dei fleste leiarteam bryt saman under press. Kollektiv læring og felles gransking av erfaringar og utfordringar representerer større utfordringar enn dei fleste av oss kan handtere. Dermed kan dette vere til hinder for vidare læring.

Refleksjon i handling

Donald Schön introduserer omgrepet *reflection-in-action*. Det byggjer på ei forståing av taus kunnskap, dvs. erfaring, innsikt, mønster og gjenkjenning. Schön meiner at praktikarar kan meir enn dei er i stand til å fortelje, og dermed kjem den tause kunnskapen til uttrykk først ved handling. Han går vidare og seier at dyktige profesjonelle vert kjenneteikna av at dei kan reflektere over eigen intuitive bruk av kunnskap medan dei handlar. Det er dette som gjer dei i stand til å stadige takle dei utfordringane som kjem, og endringar som skjer i det praktiske liv.

Slik praksiskunnskap er generelt ikkje akseptert som valid i alle samanhengar, men gjennom systematisk eksperimentering analyse av daglegsituasjonar kan føre til ny kunnskap og innsikt for den som evnar å utøve *reflection-in-action*. Det kan motverkar

”overlæring” i meininga alt for stor tru på at teoretiske abstraksjonar og forenklingar løyser alle praktiske problem. (Glosvik, 2007)

Praktikaren sin kunnskapsprosess kan ein dele inn slik: 1) Kvant problem vert sett på som unikt. Praktikaren ser etter dei særeigne tinga i prosessen og samanliknar med eigne eksempel frå sitt eige repertoar av erfaringar. 2) Praktikaren kan definere problemet på nytt. 3) Den komplekse situasjonen vert handtert med ei slags kunstnarleg innsikt, og praktikaren kan halde fast ved fleire sider å sjå problemet frå, samstundes som ein arbeider med det. (Sen, 2000) Eit slikt handlingsmønsteret vil vi kunne sjå hos erfarne sjukepleiarar, men studentar vil sannsynlegvis kun klare dette på dei aller minste problema dei støyter på i praksis. Men dei kan følgje kontaktsjukepleiaren sin og lære etter det mønsteret som kontaktsjukepleiaren løyser problemet med, dersom dei evnar å reflektere over det dei ser.

”The reflective practitioner” er midt i mellom å stole blindt på eigen kunnskap og å kunne delvis ”gå utanpå” eiga erfaring for å skape ei løysing som tek opp i seg det spesielle i nettopp denne situasjonen. Dette skjer likevel ikkje av seg sjølv. (Argyris og Schön, 1996) Når utøvinga av eit yrke vert innarbeidd og rutinemessig, vil *knowing-in-practice* bli av ein meir taus og spontan karakter. Om praktikaren ikkje reflekterer kan ein misse ein viktig arena for læring. Om ein derimot reflekterer medan ein handlar, vil ein kunne bli sin eigen læremeister ved kontinuerleg å flytte seg mellom eit taust, spontant og eit bevisst, eksplisitt kunnskapsmodus.

Argyris og Schön snakkar også mykje om korleis organisasjonar lærer. Dette kan ein illustrere ved hjelp av teorien om enkelt- og dobbeltkretslæring. Enkeltkretslæring er ei enkel form for læring som skapar ei haldning som medverkar til at personar kan lære av feila sine. Denne forma for læring kan vere effektiv, men om problem varar ved bør ein stille spørsmål ved føresetnadane for at ein handlar slik ein gjer, og vurdere om ein gjer dei rette tinga. Då er ein alt over på ei anna form for læring i følgje Argyris og Schön – dobbeltkretslæring. Ved denne forma for læring set ein stadig spørjeteikn ved dei grunnleggjande premissane ein arbeider etter. Ein er på den måten kritisk og reflektert rundt det som kjenneteiknar den bruksteorien som produserer handlingane. (Jakobsen og Thorsvik, 2002:334)

Dobbeltkretslæring kan vi dermed seie skjer når feil vert korrigerte når vi har undersøkt og sett nærare på variablane og hendingane som har spelt inn. Dette er det menneska strebar etter når dei handlar. Dei styrande variablane er ikkje underliggjande verdiar eller tru hos personane. Men det er dei variablane som bli påverka av å

observere hendingar og handlingar som individ gjer når dei handlar som agentar for organisasjonen. (Argyris, 1994)

Enkeltkretslæring er ei type læring som eignar seg for rutinar og ting som skal repeterast og høver dermed godt til kvardagsproblem som skal løysast. Dobbeltkretslæring er meir relevant for komplekse, ikkje-programmerbare saker og den fortel oss at det vil kome ei ny tid i organisasjonen. (Argyris, 1994) Det er det siste her som gjer at det kan vere interessant for meg å sjå nærare på kva type læring det er som skjer i avdelingar som har studentar i praksis. Det finnst mange måtar å reflektere på, og det finnst mange hjelpemiddel som kan brukast i dei kollektive prosessane som dobbeltkretslæring inneber. Grunnleggjande spørsmål er alltid om det er samsvar mellom dei handlingane vi faktisk utfører og dei handlingane vi seier at vi utfører, eller trur at vi utfører. Eitt hjelpemiddel i slike prosessa kan vere Joharivindauget. Det er laga av J. Luft, H. Ingram i 1955. Slik forklarar Wikipedia kva Joharivindauget er:

”A **Johari window** is a psychological tool created by Joseph Luft and Harry Ingham in 1955 in the United States, used to help people better understand their interpersonal communication and relationships. It is used primarily in self-help groups and corporate settings as a heuristic exercise. When performing the exercise, the subject is given a list of 55 adjectives and picks five or six that they feel describe their own personality. Peers of the subject are then given the same list, and each pick five or six adjectives that describe the subject. These adjectives are then mapped onto a grid.” (Wikipedia, 30.juni 2008)

Johari Window

	Known to self	Not known to self
Known to others	Arena	Blind Spot
Not Known to Others	Façade	Unknown

Figur 3.1 Joharivindauget, (Luft og Ingram, 1955) Kjelde: Wikipedia 30.juni 2008

Om eg plasserer ein sjukehusavdeling inn i denne figuren og definerer studentar som ”others” så kan ein lese ut av den at det vi ser og veit, det kan andre og sjå og vite (øyst

til venstre). Vidare kan vi sjå at vi som avdeling kan ha kunnskap om avdelinga som ikkje andre har (nedst til venstre). Det som er mest interessant her er ”den blinde flekken”, det er kunnskap som er kjend for andre men ikkje for oss sjølve. For avdelinga vil det vere bra å få avdekka mest mogleg av ”den blinde flekken”, slik at ein kan bruke denne kunnskapen til å arbeide vidare med ny læring og kunnskapsutvikling i avdelinga. Her kan studentane vere ein ressurs som avdekkjer deler av den blinde flekken slik at avdelinga får kjennskap til skjulte sider ved seg sjølv. Denne kunnskapen vil avdelinga kunne gjere seg nytte av i sitt eige arbeid med læring og kunnskapsutvikling.

3.3 Måtar å forstå kunnskapsoverføring i helseinstitusjonen

Med sosialisering meiner vi den vekstprosessen som fører til at individet veks seg inn i eit fellesskap med andre og blir ein del av dette fellesskapet.(Bø, 2005:63) Sett frå organisasjonen si side er målet med den konformitetsprosessen som sosialisering er, å gjere oss menneske einige og like og gjere oss i stand til å yte til det beste for fellesskapet og leggje band på personlege eigenskapar som kan forstyrre samhandling og sosial orden. Bø (2005) meiner at imitering, identifisering og internalisering er tre faktorar som smeltar saman til det som vert kjernen i sosialisering. Imitering kan enkelte gonger utløysast automatisk, t.d. ved at om nokon smiler til deg så smiler du attende utan å tenkje særleg over handlinga. Imitasjon kan vere bevisst òg, som t.d. når born tek etter dei vaksne rollemodellane som er rundt dei – borna prøver å gjere som dei vaksne. Modellering (Bø, 2005) skjer først og fremst ved at vi identifiserer oss med modellen. Andre si åtferd disponerer for tilsvarende åtferd hos den som observerer åtferda (Bø, 2005:69). Bronfenbrenner (1973) meiner at modellering vert sett på som sjølvforsterkande fordi sjølv utføringa av handlinga vert sett på som ei belønning. På den måten er det ikkje naudsynt med noko form for motivasjon for å utføre desse prosessane.

Gjennom denne prosessen er det mogleg å påverke eit stort tal menneske samstundes, med godt valde førebilete. Det vi må tenkje på er at forsterking av ønskt åtferd ikkje kan skje før den ønskta åtferda viser seg. Her kan vi tenkje oss at studentar i praksis raskt vil ta etter dei erfarne sjukepleiarane fordi studentane ser at dette er åtferd som er sosialt akseptert i avdelinga. Studentane er då i ferd med å verte sosialiserte inn i eit nytt praksisfellesskap.

Identifisering med andre personar er eit omgrep som skriv seg frå Freud. I den samfunnsvitskaplege tolkinga tyder dette den prosessen som skjer, medvite eller eller

ikkje, når ein person tek opp i seg karakteristiske trekk frå andre personar eller grupper. Identifisering har òg element frå imitasjon, ved at prosessen inneheld etterlikning. Men prosessen går djupare og det vert ei form for empati mellom sjølv og identifiseringsobjektet.

Internalisering er ein prosess der ein tek noko opp i seg, ei slags inderleggjering. Freud og Mead ser på internalisering som noko som berre gjeld normer. Andre ser det i ein breiare kontekst. Bø (2005) let omgrepet romme sosiale identifikasjonar, habitus, kulturell kapital, verdiar, språk m.m. Internalisering er ein prosess som er lite synleg til dagleg, men som trer fram i ulike former. T.d. som ulike personlegdomskarakteristika, sosial kompetanse og kulturell kapital. Det er faktisk internalisering av normer som er målet når profesjonen vår legg så stor vekt på praksis som den gjer.

Det sosiokulturelle perspektivet har røter tilbake til John Dewey (1859-1952) og George Herbert Mead (1868-1931) på den eine sida og Lev S. Vygotskij (1886-1934) og Mikhail Bakhtin (1995-1975) på den andre. Dewey og Mead sto for eit pragmatisk syn på kunnskap, det vil seie at kunnskap blir konstruert gjennom praktisk aktivitet der grupper av menneske samhandlar innan eit kulturelt fellesskap. Interaksjon og samhandling står sentralt hos alle desse teoretikarane. (Dysthe, 2003) Mead var kritisk til imitasjon som ei forklaring på åtferd og ulike lærings- og sosialiseringssprossar. Han meinte at ein ikkje kunne sjå på fenomenet imitasjon som ein passiv kopieringsprosess eller enkel reproduksjon. Han meinte derimot at det var aktive og produserande element i dette. Mead meinte òg at mennesket gjer seg bruk av imitasjon i situasjonar som krev løysing av eit sosialt fenomen. (Thuen m. fl., 1989)

Sosiokulturelle perspektiv inneber ulike variantar av konstruktivisme. Piagets teori om korleis mennesket gjennom læring og erkjening sjølv konstruerer si forståing av omverda, utelukkar ei kvar oppfatning av læring som påfylls- eller overføringsprossar (Illeris 2000:26). Dette har alle moderne sosiokulturelle perspektiv på læring felles. Dei vektlegg dessutan at kunnskap blir konstruert gjennom samhandling, og i ein kontekst, og ikkje primært gjennom individuelle sprossar. Derfor blir interaksjon og samarbeid sett på som heilt grunnleggjande for læring, ikkje berre som eit positivt element i læringsmiljøet. Det å kunne er i sosiokulturell læringssteori nært knytt til ulike typar av praksisfellesskap og individet si evne til å delta i desse. Sentralt i det å lære blir det derfor å delta i sosiale praksisar der læring skjer. Læringsprossane som gjev rom for interaksjon, dialog og felles kunnskapsbygging på alle steg vil derfor vere viktige. (Dysthe, 2003) Dette ser vi tydeleg i avdelingar der studentar kjem inn i praksis, og studentar som er deltakande og aktive lettare kan skape

samhandling med resten av pleiepersonalet ved avdelinga, og ikkje berre med dei andre studentane. Ein kan då tenkje seg at desse studentane har utvida sitt praksisfellesskap til å inkludere meir enn medstudentar.

Sjukehusavdeling som praksisfellesskap

Omgrepet praksisfellesskap vart først brukt i 1991 av Jean Lave og Etienne Wenger i boka "Situating learning". Seinare har Wenger vidareutvikla omgrepet og sett det inn i andre kontekstar. Wenger si oppfatning av praksisfellesskap er bl.a. at i den grad organisasjonar eksplisitt er opptekne av læring, byggjer oppfatninga i stor grad på at læring er ein individuell prosess. Denne prosessen har ei byrjing og ein start som er skild frå resten av aktivitetane/handlingane våre. Læring er òg eit resultat av opplæring/undervisning. (Wenger, 2004) I denne felles praksisen – dette fellesskapet – finn ein relasjonar som er kopla saman og dannar ein heilskap. Når det gjeld kva Wenger meiner med praksis, seier han følgjande:

"Begrebet praksis betyder (også) handling, men ikke blot handling i og af seg selv. Det er handling i en historisk og social kontekst, der giver det, vi gjør, struktur og mening. I den forstand er praksis altid social praksis." (Wenger, 2004:61)

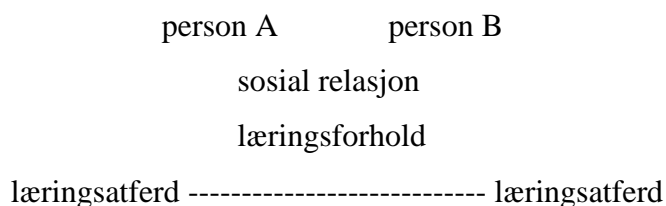
Dette praksisomgrepet vil kunne omfatte både det tause og det eksplisitte, altså både det som vert sagt og det som ikkje vert sagt – det som vert vist og det som vert antatt. Både det tause og det eksplisitte må vere til stades om verksemda, som praksisfellesskapet er ein del av, skal lukkast, og for at medlemskap skal bestå. (Wenger, 2004) Ein kan ut frå denne definisjonen trekkje den erfaringa at det for oss menneske vil vere lite hensiktsmessig å basere ein praksis på noko som ikkje gjev oss ein samanheng å setje det inn i. Når eg i min arbeidskvardag snakkar med erfarne sjukepleiarar, nyttilsette og studentar så seier dei aller, aller fleste at dei valde sjukepleiaryrket fordi dei ser på det som eit arbeid som er meiningsfylt og viktig i samfunnet vårt. Dette er altså den sosiale konteksten som gir struktur og mening til yrket.

Wadel (2002) seier at praksisfellesskapet vert halde saman av læring i fellesskapet. Wenger (1998) ser på læring i sentrum av dei erfaringane vi gjer i det praktiske liv som aktive deltakarar i våre eigne liv. Han meiner ut frå det at læring er like naturleg som å sove eller ete, og at læring er eit grunnleggjande sosialt fenomen. Om ein i denne samanhengen tenkjer på praksisfellesskap, ser vi at dei fleste av oss er deltakarar i mange ulike praksisfellesskap. Det kan t.d. vere familien vår, vener,

skulekameratar frå barndomen, arbeidskollegaer, koret vi syng i, foreiningar der vi er medlem eller personar med same yrkesbakgrunn som oss sjølve.

Studentar i praksis kjem inn i avdelinga sitt praksisfellesskap, men flyttar seg gjerne ut att når praksisperioden er slutt, om dei ikkje held fram med å arbeide i avdelinga. Dersom det er studentar som ikkje greier å følgje opp krava som ligg til dei i praksis, så vil dei sannsynlegvis ikkje verte ein del av eit praksisfellesskap ved avdelinga heller. I eit praksisfellesskap meiner Wenger at deltakarane gjer arbeidet sitt mogleg ved å finne opp og vedlikehalde metodar som fører til at organisasjonen sine krav vert samsvarande med den svingande røyndomen i dei aktuelle situasjonane. Deltakarane arbeider på denne måten tilsynelatande individuelt med ulike saker, men sidan deltakarane heile tida vil vere viktige for kvarandre, så vert det òg eit kollektivt samarbeid mellom deltakarane. I sjukepleiepraksis vil ein kunne sjå det på den måten at om to sjukepleiarar er på nattevakt saman, og har fordelt arbeidet seg i mellom, så vil dei likevel vere avhengige av at den andre utfører sine oppgåver slik som ein sjølv utfører sine. Elles vil det føre til at det er oppgåver som ikkje er utført i avdelinga når vakta er over.

Wadel brukar altså uttrykket ”læringsforhold” om slike situasjonar og meiner med dette eit erfaringsnært omgrep som viser til den prosessen som skjer når vi stadig lærer av kvarandre og koplæringsforhold. (Wadel, 2002:28) Han meiner at læringsforhold alltid er ein del av ein sosial relasjon og denne relasjonen vil vere overordna læringsforholdet. Han syner dette slik:



Figur 3.2 *Læringsstilhøvet mellom to personar (Wadel, 2002:29, figur 3.4)*

Læringsforholdet kan vere meir eller mindre innebygd i våre sosiale relasjonar, og dermed skjult. Men det vil variere om læringsforholdet har ein vesentleg eller ein mindre plass i den sosiale relasjonen, alt etter kva type relasjon vi snakkar om. Mellom medarbeidarar førekjem det ofte uformelle læringsforhold som er symmetriske. Dvs. at det varierer kven som tek initiativet. I relasjonen mellom kontaktsjukepleiar og student er det ikkje sikkert at læringsforholdet er symmetrisk. Når ein erfaren sjukepleiar og ein

uerfaren student skal samhandle så er det sannsynleg at den erfarne sjukepleiaren tek initiativet. Ein vil då kunne oppleve eit usymmetrisk læringsforhold. Men likevel ser vi i praksis at studentar sit inne med den nyaste kunnskapen frå skulebenken og dermed kan dei ta initiativ i læringsforholdet også.

Ein annan måte å sjå læringsforhold på, og kvar dette skjer, er slik Levin og Klev (2002) viser til Elden og Levin (1991) som seier:

”Den store utfordringen i arbeidet med å skape læringsprosesser i organisasjoner er å trekke innsikt i hva kunnskap er, via en konseptuell forståelse av læringsprosesser, til en praktisk drøfting av hvilke konkrete mekanismer i en organisasjon som en aktør faktisk kan håndtere for å skape læring. Det er i denne sammenhengen vi trekker inn arenabegrepet, som beskriver en sosial situasjon som bidrar til læring.”

Dette er også Nonaka svært oppteken av og seier det slik:

”It is a critical matter for the organization to decide when and how to establish such a “field” of interaction in which individuals can meet and interact.” (Nonaka, 1994:23)

Då vil det vere svært viktig for ei avdeling å finne handlingsrom der ein kan skape seg ein læringsarena. Dette vil vere viktig både for oppfølgjinga av studentane som er i praksis og for dei tilsette i avdelinga. Dette vert ein arena for samarbeid og kunnskapsutveksling der kvar og ein vil ha noko å bidra med. På denne læringsarenaen vil kunnskap kunne bli utveksla mellom medlemane på ulike måtar.

Kunnskapsutvikling ved sjukehusavdeling

Nonaka ser på kunnskap som ein kontinuerleg prosess for å rettferdiggjere det å tru noko som ein del av det å finne fram til sanningar. Eit kunnskapssyn som skildrar kunnskap som det statiske, absolutte og nøytrale uttrykk, meiner Nonaka er for snevert. Informasjon gjev ein flyt av budskap og meining som kan føre til restrukturering eller endring av kunnskapen ein alt har. Han ser sjølv på kunnskap som skapt og organisert blant anna ut frå flyten av denne informasjonen, men òg forankra i ei tru på at denne informasjonen betyr noko som kunnskap.

Kunnskap finst som taus kunnskap og eksplisitt kunnskap, ifølgje Nonaka. Hans syn er at kunnskap som kan uttrykkjast ved hjelp av ord og tal berre representerer ein liten del av kunnskapsbasen vår. I sitt syn på taus kunnskap brukar han Polanyi si tenking om taus kunnskap (Polanyi vil eg ikkje kome nærare inn på her). I arbeidet med kunnskap legg Nonaka stor vekt på den tause kunnskapen, sjå figur under:

Frå/til	Taus	Eksplisitt
Taus	Sosialisering	Eksternalisering
Eksplisitt	Internalisering	Kombinering

Figur 3.3: Kunnskapens overgangsformer (Nonaka 1994 sitert i Levin og Klev, 2002:103)

Taus kunnskap kan vi forstå som personleg kunnskap som er vanskeleg å formalisere. Her vil ein kunne finne intuisjon og subjektiv innsikt som byggjer på erfaringar. Det kan vere vanskeleg å overføre den tause kunnskapen til andre gjennom eit formelt språk. (Glosvik, 2007) Ut frå figuren ser ein at taus kunnskap som vert spreidd som taus kunnskap til andre her vert kalla sosialisering. Det typiske eksempelet på dette er når sjukepleiestudentar kjem inn i ei avdeling i praksis og tilpassar seg praksisfellesskapet, etter at dei ser kva dei tilsette i avdelinga gjer og korleis dei oppfører seg. Dette skjer over tid. Elles kan ein òg forklare dette som den røynde sjukepleiaren som handsamar pasienten på ein spesiell måte, utan å kunne forklare kvifor dette er det rette. Eksperten, i dette høvet sjukepleiaren, kan ikkje vise til prosedyrar eller fakta, men er likevel overtydd om at dette er den rette handlinga i situasjonen. Skal ein lære av slike ekspertar er det best å samarbeide med dei som lærlingar. Dette vil vere naturleg for studentane, som er vande med å ta i mot rettleiing i studiesamanheng.

Når taus kunnskap skal gjerast eksplisitt (uttrykkjast) vert det kalla eksternalisering. (Nonaka og Takeuchi, 1995) Ikkje all taus kunnskap kan gjerast eksplisitt, men i arbeidet med å gjere den tause kunnskapen eksplisitt ligg det ein viktig læringsprosess – ei ny kjelde til kunnskap. Den eksplisitte kunnskapen vert kjenneteikna av at den kan uttrykkjast systematisk på eit formelt språk, og at den kan delast i form av data, spesifikasjonar eller manualar. Frå min arbeidskvardag er det mest typiske biletet på eksplisitt kunnskap prosedyrebøker, lover og forskrifter, retningsliner for behandling med medikament, stillingsinstruksar og liknande. På same måte finst det nedskrivne reglar for kva studentar kan og skal gjere (og ikkje gjere) i praksis, som ein må følgje når ein har studentar ved avdelinga.

Ved å knyte eksplisitt kunnskap til anna eksplisitt kunnskap kan ein saman skape viktig ny kunnskap. Denne forma kallar ein kombinering. Her kan ein i sjukehusverda t.d. snakke om ulike retningsliner eller prosedyrar som begge er formelt rette, men likevel ulike og unike. Om ein trekkjer ut det beste frå begge desse prosedyrane og skriv

ei ny prosedyre med utgangspunkt i dei, vert dette ei form for kombinerings. Dette kan vi som avdeling kome bort i når vi får studentar og høghskulelærar inn i avdelinga, og dei legg fram ein annan form for dokumentasjon enn den vi er vande med å bruke. Det at utanforståande kjem inn i avdelinga med ein annan kunnskap enn den ein innehar sjølv kan verke utfordrande og trugande på avdelinga.

Den siste omgjeringa i figuren, internalisering, viser til når eksplisitt kunnskap vert gjort til taus kunnskap. Det som skjer i denne prosessen er ei forsterking av kunnskapen som kan skje både individuelt og i ein større samanheng. Dette kan skje ved at ein sjukepleiar får presentert ei ny og ukjend prosedyre. Vedkomande set seg inn i denne prosedyren og vert opplært i korleis den skal utførast. Når dette er gjort vil denne prosedyren på sikt verte ein integrert del av sjukepleiaren sin arbeidsmåte, og kunnskapen er dermed gått frå å vere eksplisitt til å verte taus.

Nonaka og Takeuchi (1995) meiner det viktigaste er at vi må kunne utnytte kunnskapen i praksis og sjå kor viktig dette er. Nonaka meiner òg at det er viktig å kjenne til at kunnskap kan spele ulike rollar i overlevings- og forbetningsstrategiar i organisasjonssamanheng, slik at ein som leiar lettare kan skjønne kvifor den tause kunnskapen har eit så stort potensiale for kunnskapsutvikling. (Nonaka m. fl., 2001) Det er fordi at om ein låser seg fast i eit rigid mønster der all kunnskap skal vere nedfelt i eksplisitt form, vil ein kunne hindre kunnskapsutvikling gjennom den tause kunnskapen. Her bør ein heller prøve å leggje tilhøva til rette slik at ein kan ta den tause kunnskapen i bruk.

Kunnskap kan etter Nortvedt og Grimen (2004) sitt syn være taus av ulike årsaker. Den kunnskapen som skal brukast inn i handling kan være taus blant anna fordi den ved å artikulereast ville risikere å øydeleggje handlinga. Ved å setje ord på kunnskapen under utføringa av handlinga, vil det kunne skje ei endring i forløpet av handlinga fordi handlinga vert utført utan medvit om kva kunnskapsbase som skal brukast. Kunnskapen er ein del av mennesket, og forfattarane seier at praktisk kunnskap er kroppsleg og at den på den måten kan vere taus.

Det å skulle setje ord på den kunnskapen som er integrert på denne måten vil kunne gjere ureflekterte horisontar synlege. (Nortvedt og Grimen, 2004) I denne samanhengen er det koplinga til taus kunnskap som er i fokus. Kunnskapen kan være taus på bakgrunn av at det er umogleg å setje ord på den samstundes med at den vert brukt. Likevel kan det tenkjast at ein ved å tenkje gjennom handlinga i ettertid kan setje ord på kva kunnskapen inneheldt. Som erfaren sjukepleiar er det ofte nok med eit blikk på pasienten for å sjå om han ligg godt i senga eller ikkje. Dette er taus kunnskap som er

svært vanskeleg å setje ord på, fordi det ofte handlar mest om ei kjensle ein får når ein ser på pasienten. Likevel kan nok den erfarne sjukepleiaren klare å forklare dette til studenten i ettertid, men ikkje medan dei er i situasjonen.

Om ein skal få til kunnskapsutvikling i organisasjonen er kjernen at organisasjonen må ta omsyn til at kunnskap verkeleg betyr noko. Dette er ikkje alltid like enkelt å hugse på, sidan fokus ofte vert på nye enkeltståande idear og resultat som er målbare, utan at ein har starta å tenkje på kunnskapsutviklinga som ein del av dette. Dette er i følge Nonaka kortsiktig tenking og vil ikkje på lengre sikt hjelpe organisasjonen til å utvikle seg ytterlegare. Kunnskap vil alltid kunne bringe med seg eit element av uvisse, likevel vil det å utvikle ny kunnskap og bruke eksisterande kunnskap alltid vere ein viktig strategi for organisasjonen

Nonaka (1994) brukar blant anna refleksjon for å gjere taue kunnskap eksplisitt. Han har utvikla ein teori kring det å kunne utvikle eksplisitt kunnskap ut frå den taue kunnskapsbasen i organisasjonar der refleksjon er ein del av prosessen fram mot verbalisering av den tidligare taue kunnskapen. Innanfor sjukepleiefeltet er dette ein vanleg måte å arbeide på, der ein som student heile tida vert beden om å reflektere over det som skjer gjennom ein dag i praksis, reflektere over det ein opplever og det ein lærer. Spørsmålet er berre om ein kanskje bør tenkje at dette er ein måte å arbeide på som ikkje berre høgskule og studentar bør nytte seg av. Om ein klarer å ta dette i bruk i større grad i avdelinga vil ein sannsynlegvis kunne få til ein sterkare grad av eksterialisering av kunnskap.

Utgangspunktet for Nonaka sin teori er at samhandling inne i organisasjonane gjev utvikling av ny kunnskap. På ein enkel måte kan ein seie at kor vellukka kunnskapsutviklinga vert, i stor grad er avhengig av korleis medlemmane i organisasjonen forhold seg til kvarandre gjennom prosessen sine ulike stadium.

3.4 Sjukepleiaren som kunnskapsarbeidar?

I studiet for sjukepleiarstudentar er praksisperiodane i kommunale og statlege helseinstitusjonar den viktigaste delen av den praktiske opplæringa. I tillegg skal studiet utdanne kandidatar som oppfyller kriterier for den offentlege godkjenninga som sjukepleiar som Fylkeslegen gjev. Studiet omfattar totalt 180 studiepoeng fordelt på fire hovudemne, og inkluderer praksisstudiar i eit omfang på 90 studiepoeng. Sjukepleiarutdanninga skal gje grunnlag for eit yrke som er sentrert kring praktisk

handling basert på kunnskap og ferdigheiter, og ein etisk praksis¹⁰. Høgskulane knyter til seg helseinstitusjonar som dei meiner tilfredsstillar krava til praksisstader. Samarbeidet med desse avdelingane er eit studietilbod til studentane. På den måten vert det eit felles prosjekt for avdeling og høgskule å gje studentane den beste oppfølginga i praksis, slik at studentane får størst mogeleg læringsutbyte.

I rammeplanen vert det og lagt vekt på at sjukepleiarar har ansvar for å informere, undervise og rettleie pasientar og pårørande. Undervisningsansvaret omfattar også medarbeidarar og studentar. Ein nyutdanna sjukepleiar vil ha behov for kunnskap og erfaringar om praksisplassen sin eigenart for å inneha tilfredsstillande handlingskompetanse innan undervisning og rettleiing. Dermed sluttar ikkje rettleiingsansvaret når studenten vert ferdig utdanna sjukepleiar og får si offentlege godkjenning som sjukepleiar.

”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” (2001) seier i punkt 5 noko om sjukepleiaren si plikt til å halde seg fagleg oppdatert:

Sykepleieren opptre på en måte som styrker pasientens og samfunnets tillit til profesjonen og respekten for sykepleietjenesten.

5.1. Sykepleieren holder sine kunnskaper ved like og sørger stadig for å fornye dem.

5.2. Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde.

5.3. Sykepleieren medvirker til utviklingen av faglige normer og har et særlig ansvar for å beskrive og tydeliggjøre faglig forsvarlig praksis.

5.4. Sykepleieren bidrar til fagutvikling og forskning, og at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis.

I det daglege vert rettleiinga frå sjukepleiar til student t.d. utført som ”bedside learning” der sjukepleiar og student arbeider saman om å gje eit best mogleg tilbod til pasienten. Eller det kan til dømes vere at studenten skal ta på seg hovudansvaret for ein eller fleire pasientar, og sjukepleiaren held seg i bakgrunnen som observatør og rettleiar. Det utfordrande i denne prosessen er etter mitt syn eigentleg ikkje studentens læringsprosess, men kva denne relasjonen mellom student og rettleiar, mellom avdeling og høgskule kan ha å seie for leiaren sitt arbeid med læring og kunnskapsutvikling i avdelinga.

Gjennom Studiehandboka for bachelorutdanninga ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (2007) får ein eit visst innblikk i kva forventningar som knyter seg til avdelinga og kontaktsjukepleiarane, og til høgskulen og høgskulelærarane.

¹⁰ Rammeplan for sykepleierutdanning, 2005

Kontaktsjukepleiarane skal bidra med omfattande oppfølging av studenten for at studenten skal lære mest mogleg. Dette går ut på å vere ein ressursperson for studenten og fungere som rettleiar i faglege spørsmål. Elles skal kontaktsjukepleiar i samråd med studenten syte for at studenten har tilfredsstillande framdrift i praksisen, slik at han eller ho kan nå den målsetjinga som er sett. Studenten skal gjennom praksisen få auka utfordringar og ansvar slik at studenten kan få ein fagleg vekst, dette skal også kontaktsjukepleiar syte for. Kontaktsjukepleiar er, saman med høgskulelærer ansvarleg for vurdering av studenten, og skal difor både evaluere kontinuerleg i praksisen og delta på forventningssamtale, halvtids- og sluttvurdering. Til slutt er det forventa at kontaktsjukepleiar/avdeling tek kontakt med ansvarleg høgskulelærer om det skulle vere problem knytt til praksisen.

Forventningar har ein òg til høgskulen og til høgskulelæraren som har ansvaret for oppfølginga av studentane. Her går forventningane noko meir på administrative tilhøve, t.d. sørgje for at informasjon vert sendt ut til praksisfeltet både når det gjeld informasjon kring studentar og studieplan, godkjenning av turnusplan og koordinering av vurderingssamtalane. I tillegg skal høgskulelæraren vere rettleiar for studentane i høve teori, praksis og skriftleg arbeid, og halde seg oppdatert på studentane si utvikling. Kontaktsjukepleiar og student skal kunne bruke høgskulelæraren som støtteperson om dei ønskjer det.

Ut frå dette ser vi at det er lagt opp til eit aktivt samarbeid mellom høgskule og avdeling. Men korleis vil dette samarbeidet – denne samhandlinga – sjå ut i røynda? Dette tykkjer eg er ei utfordring i kvardagen min når eg leier ei avdeling. Ei utfordring fordi arbeidet med studentar ofte vert sett ut frå tanken om at studenten skal ha størst mogeleg læringsutbytte, medan avdelingsleiaren i meg ønskjer at dette skal vere ein ”vinn-vinn” situasjon for alle tre partar: Både studenten, høgskulen og avdelinga. Først då bidreg dette læringstilhøvet til å gjere avdelingen til ein lærande organisasjon i omgrepets fulle mening.

Spørsmålet er om ei avdelinga som er praksisstad vert tvungen til større grad av eksternalisering og kombinerings enn det som vil vere vanleg for sjukehusavdeling som ikkje fungerer som praksisstad. I arbeidet med studentar må vi heile tida ha fokus på at studenten skal lære mest mogleg av praksisstaden og kontaktsjukepleiaren, og at ein av dei beste måtane dette skjer på er at ein heile tida kan snakke om det ein gjer ved å forklare handlingar, spørsmål og prosedyrer. Dette vil også nyttilsette sjukepleiarar nytte godt av. Dermed vil heile avdelinga få eit utbytte av dette arbeidet. Hypotesen min er at praksisavdelingen vert sett i ein kontinuerleg eksternaliseringsmodus.

Eg har tidlegare i denne teksten nemnt at når ei avdeling har eit samarbeid med ein høgskule gjennom å vere praksisstad vil ein gjerne kome i situasjonar der høgskulen har ei anna utgåve av ein prosedyre enn det avdelinga har. Vi kan også ha ei hypotese om at høgskulen er nærare forskingsfronten enn den kliniske avdelinga og dermed er betre oppdatert enn vi maktar å vere som er i dagleg drift. Då kan vi setje saman det beste frå begge prosedyrane og dermed utvikle ei heilt ny prosedyre. Dette kan vere ein utfordrande prosess, men om ein er oppteken av arbeidet dette fører meg seg, og gjerne vil utvikle eigen arbeidsstad og eige fag, vil dette vere noko som dei tilsette vil vere opptekne av å få til. Prosessen vil vere medføre ei slags kombinerings etter Nonaka sitt omgrepsapparat.

Det er likevel empiriske spørsmål om slike prosessar faktisk finn stad.

4. Turnuslegars læring i sjukehusavdeling

Sjukehus er kunnskapsbedrifter. Dei tilsette sin kunnskap vert framheva som meir og meir viktig både for resultat og som innsatsfaktor i organisasjonen. Ein av dei store utfordringane for sjukehus framover vert å arbeide med prosessar der organisasjonen utviklar kunnskap og såleis grunnlaget for å sikre kvalitet og effektivitet.¹¹

Rekruttering av legespesialistar har vore og er ei utfordring for spesialisthelsetenesta utanfor dei store byane. (Hovlid, 2006). Utvikling av ei god turnusteneste vil truleg vere avgjerande for framtidig rekruttering av legar (Larsen, 2004). Faktorar som trivsel, støtte, kommunikasjon med overordna legar og avpassa ansvar vert framheva av turnuslegane i dei nyaste evalueringane (Børnheim, 2007). Dette leder oss til læringsmiljøet og til spørsmål om kva som fremmar læring for turnuslegane i sjukehuskonteksten. Korleis handlar organisasjonen og leiinga for å fremje læring i denne gruppa av sjukehusstilsette?.

Lovverket som regulerer spesialisthelsetenesta¹² definerer grovt sett fire hovudoppgåver. Tre av dei er behandling, forskning og opplæring av brukarar. Den fjerde er utdanning av helsepersonell. Styresmaktene definerer såleis sjukehus som utdanningsinstitusjon. Formålet med praktisk teneste for turnuslegar er at dei gjennom arbeid som lege under særskilt rettleiing, opplæring og supervisjon skal få nødvendig erfaring og praktisk rutine for seinare sjølvstendig å kunne utføre vanleg legeverksemd på ein forsvarleg måte. Turnustenesta er dermed overgangen frå medisinsk studium til sjølvstendig arbeid som lege. Praksisstaden har plikt til å oppnemne personleg rettleiar for turnuslegen og å gje evaluering undervegs og ved avslutninga av turnustenesta¹³.

Omgrepa *gjennom arbeid* og *under rettleiing* frå forskrifta kan sjåast som ein analog til blant anna læring, læreprosessar og samhandling. Teori om praksisfellesskap, kunnskapsutvikling og sosialisering kan knyte *gjennom arbeid* til handlingar, samhandling og læring av ferdigheiter. Dette vert tradisjonelt lært i klinisk praksis. *Under rettleiing* relaterast til kommunikasjon og dialog om og i praksis. Det handlar om

¹¹ Sosial- og helsedirektoratet, 2005

¹² Spesialisthelsetjenesteloven 1999, 2006

¹³ Helse- og omsorgsdepartementet, 2001

å dele kunnskap, spelereglar og handlemønster i organisasjonskulturen og er såleis relevant i høve sosialisering.

Sjukehusa si verksemd fører til at ulike prosessar innafor ei rekke spesialitetar skjer samstundes (Naustdal, 2006). Mange av aktivitetane i sjukehus går på tvers av klinikkar, avdelingar og sengepostar og dette krev ei stor grad av koordinering og arbeidsdeling mellom dei ulike faggruppene. Turnuslegane arbeider på kryss i organisasjonen og kjem såleis inn i mange ulike praksisfellesskap. Wadel (2002) seier at ulike praksisfellesskap er samansett alt etter kva folk har felles når det gjeld oppgåver og behov for læring.

I NOU 1997:2:87 (Steine, 1997) og strategidokumentet til Sosial- og helsedirektoratet om kvalitetsforbetring i sosial- og helsesektoren for 2005-2015¹⁴ vert det framheva at ei av sjukehusa si viktigaste utfordring vert å utvikle ein organisasjonskultur der alle er med på å ta eit heilskapleg ansvar for alle resultat og aktivitetar. Det skal leggjast vekt på å få til kunnskapsutvikling og organisasjonslæring der folk samhandlar. To av handlingsplanane i ..og betre skal det bli! (op cit) handlar om å styrke utøvaren og forbetre leiing og organisasjon. Open dialog, utvikling, refleksjon og læring er nokre av omgrepa som vert brukte. (Aasberg, 2006) refererer til Plsek som meiner at dersom ein skal oppnå nødvendig endring og utvikling innan sosial- og helsetenestene i åra framover, trengs det grunnleggjande forståing for samanhengen mellom utøvar, leiing, organisasjon og sist men ikkje minst ei styrking av forbetningskunnskapens plass i utdanningane. Det å forstå organisasjonsmønster som for eksempel relasjonar internt og læringsprosessar er avgjerande for å oppnå reelle forbetringar. I fylgje direktør for Sosial- og helsedirektoratet Bjørn-Inge Larsen (Moy, 2006) må ein ha minst like stort fokus på kvalitetsutvikling som på økonomiske forhold for å få til kvalitetsforbetring.

Kunnskapsutvikling og læring blir tradisjonelt oppfatta å gjelde den enkelte. Kollektiv kunnskapsutvikling er meir enn individuell kunnskapsutvikling. Kunnskap om læring og lærande organisasjonar er difor truleg nødvendig for å arbeide med læringsprosessar i organisasjonen. Særleg innanfor helsesektoren der nye organisasjonsmodellar er innført, krevjast det kontinuerlig kunnskapsutvikling (Blåka og Filstad, 2007). Læring vert såleis ein viktig del av det daglege livet på alle nivå i organisasjonen. I høve turnuslegar talar vi om ei kunnskapsutvikling som skjer etter formell utdanning, eller i grenseflata mellom formell utdanning og sjølvstendig

¹⁴ Sosial- og helsedirektoratet, 2005

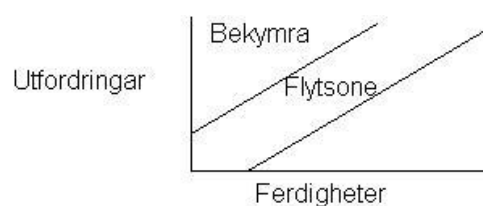
yrkespraksis. Denne kunnskapen blir mellom anna til gjennom kommunikasjon og deltaking i praksis saman med erfarne legar.

Dei to overordna spørsmåla som opptek meg er altså læringsforholda og leiinga sin rolle i høve læringsforholda. Når det gjeld teoriar om læring har dei i fylgje Dysthe (1999) utspring i blant anna tre ulike syn på kunnskap: det behavioristiske, det kognitive og det sosiokulturelle. Når fokuset vert retta mot organisatoriske heller enn individuelle forhold, er sosiokulturell teori om læring relevant for å belyse desse spørsmåla. Dette leiar vidare til teori om læring i lærande organisasjonar der blant anna kommunikasjon og relasjon er sentrale omgrep.

4.1 Nokre teoretiske perspektiv på kollektive kunnskapsprosessar

Nonaka legg i fylgje Levin og Klev (2002) stor vekt på konstruksjon av relevante læringsarenaer som kan vere møteplassar for utveksling av erfaringar og dialogar. Det trengs med andre ord ein arena for å dele kunnskap, uttrykke taus kunnskap, reflektere og teste ut og dermed gjere ny kunnskap gyldig

Wadel (2002) hevdar at læring er noko som skjer i og mellom personar og at eit læringsforhold dermed er ein sosial relasjon. Læringsforhold kan vere formelle og uformelle. Det formelle læringsforholdet er tufta på rettar og plikter. Forholdet mellom turnuslege og ein som har rettleiarrolle er ein slik type relasjon. Læringsforholdet er asymmetrisk og styrt av forskrifter som regulerer innhaldet og aktiviteten. Uformelle læringsforhold førekjem ofte og er i fylgje Wadel (2002) det viktigaste læringsforholdet i lærande organisasjonar. Dei er sporadiske og symmetriske og kan brukast ved behov, noko som gjer dei lite synlige for andre. Slike læringsforhold kan støttast opp av dei meir arrangerte og formelle læringsforhold. Likevel kan formelle læringsforhold ikkje erstatte dei uformelle i fylgje Wadel (2002). Når det er ubalanse mellom utfordringar og kva ein meistrar oppstår det gjerne uformelle læringsforhold. I slike situasjonar kjem ein utanfor det Csikszentmihalyi og Csikszentmihalyi , referert i Wadel (2002), kallar flytsone.



Csikszentmihalyi 1975 (Wadel 2002)

Figur 4,1: Flytsona

Når ein må ha hjelp frå ein eller fleire medarbeidarar for å komme attende i flytsona, søkjer ein til uformelle læringsforhold. Slike situasjonar kan ein turnuslege komme opp i ved tvil om for eksempel ansvarsforhold og jobbutforming.

I tillegg til desse sidene ved læringsforhold kan det vere relevant å sjånærare på omgrepet praksisfellesskap som læringsforhold. Wenger (2004) kallar det eit praksisfellesskap når relasjonar oppstår med bakgrunn i felles praksis. Slikt fellesskap vert halde saman av at læring og kunnskap er ei felles sak for dei som deltek. Grensene for dette fellesskapet er fleksible og inngangsbilletten er å bidra og å lære seg den praksis som fellesskapet er basert på.

I følge Wenger (2004) er identitet eit integrert aspekt av ein sosial læringsteori og heng saman med praksis, fellesskap og mening. Bygging av identitet skjer ved å forhandle eigne meininger i samband med vår oppleving av medlemskap i sosiale fellesskap. Identitet vert såleis aksent mellom det individuelle og det sosiale. Praksis og identitet høyrer saman seier Wenger (2004). Utvikling av praksis krev danning av fellesskap basert på gjensidig deltaking og anerkjenning. Danning av praksisfellesskap kan såleis vere å forhandle om identitet, det å finne sin meningsfulle plass. Ein måte å beskrive identitetsutvikling på i denne samanhengen er via læringsbaner. Wenger (2004) seier at vi definerer kven vi er ut frå erfaringar og kva veg vi ynskjer å gå. Dette skjer via fleire deltakingsformer og praksisfellesskap. Slike baner har ei personleg kraft, men endrar seg stadig alt etter korleis vi vert påverka.

Konteksten er avgjerande for kva og korleis læring skjer (Blåka og Filstad, 2007). Når det gjeld praksisomgrepet seier Wenger (2004) at når vi møtast og saman engasjerer oss i utøving av praksis, samhandlar vi med kvarandre i den konteksten vi opptre i. Vi tilpassar oss kvarandre og omverda, og vi lærer. Denne praksisen er ei form for fellesskap, skapt over tid gjennom utøving av handlingar. Det er dette Wenger (2004) kallar praksisfellesskap. Både det vi gjer og måten vi gjer ting på har ei historisk forankring i ein sosial kontekst. For eksempel når ein kjem ny inn i organisasjonen er det meste av det ein ser av aktivitet og måtar å handle på, utvikla over tid og forankra i kunnskap som organisasjonen innehar. Dette gjev ein struktur og ein logikk som kan gje mening. I dette ligg både taus og eksplisitt kunnskap. For å engasjere oss i praksis treng vi både å handle og samhandle. Vi må finne mening i å delta i den samanhengen der vi til dagleg arbeidar. Vi må kunne kommunisere og såleis skape meininga vår i fellesskapet. Det å delta er ein aktiv prosess, både personleg og sosialt. Når vi

kommuniserer med kvarandre kan vi kjenne oss igjen i kvarandre. Relasjonen er gjensidig på den måten at ein kan vere med å forme kvarandre si meining. Dette er i følge Wenger (2004) ei kjelde til identitet.

Lave og Wenger (1991) seier at sosial praksis ikkje kan skiljast frå kunnskap og læring. Praksisfellesskapet er eit spesifikt fellesskap med ein karakteristisk praksis som består av personar ein har relasjon til. Den sosiale deltakinga har dermed noko å seie for læreprosessane og korleis nytilsette utviklar kunnskap. I følge Levin og Klev (2002) skjer læring når nokon gjer noko annleis enn før. Dei viser til Nonaka og Takeuchi (1995) som meiner at når bedrifter systematisk klarer å skape prosessar for å utvikle ny kunnskap og å spreie den i organisasjonen, føregår det læring i organisasjonen. Dei legg vekt på å sjå og verdsetje den tause kunnskapen. Dette kan vere utfordrande fordi formell utdanning tradisjonelt vert sett på som rettare og meir verdifull. Dei forsøker i tillegg å vise korleis kunnskap går frå eit nivå til eit anna, når taus kunnskap vert delt, reformulert og skapt til ny kunnskap. På den måten lærast ny kunnskap og kan komme til nytte i organisasjonen.

For å utføre dei daglege arbeidsoppgåvene tek vi i bruk ei mengde kunnskap. Det kan vere både teoretisk kunnskap og erfaringskunnskap. Den teoretiske kunnskapen kan overførast mellom individ ved for eksempel å dele skrifteleg materiale. Den praktiske kunnskapen som ein har erverva seg gjennom praksis er gjerne meir personleg og mindre tilgjengeleg for andre. Mykje av denne kunnskapen tek ein for gitt, og er kanskje så personleg at den kan vere vanskeleg å formidle (Nonaka og Takeuchi, 1995). Eit eksempel på dette er deling av kunnskap ein brukar når ein skal samtale med ein pasient. Når ein tilsett med lang erfaring og ein nytilsett arbeidar saman og deler erfaringane med kvarandre, er det deling av taus kunnskap.

Nonaka og Takeuchi (1995) hevdar at ny kunnskap vert danna av individ men at det er i grupper og i organisasjonen at kunnskapen tek form og vert uttrykt. Kunnskapsdanning føregår i to dimensjonar, ein epistemologisk og ein ontologisk. Den ontologiske dimensjonen handlar om at kunnskap berre kan skapast av individ. Når organisatoriske forhold påverkar individuell kunnskapsutvikling føregår det i ein prosess som kallast organisatorisk forsterkning. Korleis organisasjonen legg til rette for at kunnskap delast og kven som deltek i dette vil ha noko å seie for kva nivå i organisasjonen kunnskapen er gjeldande på. Det kan vere på individuelt, gruppe, organisatorisk eller inter-organisatorisk nivå. Den epistemologiske dimensjonen er samhandling mellom individ og beskrivast som forbindelsen mellom taus og eksplisitt

kunnskap. Kunnskap handlar om noko anna enn handsaming av informasjon. Nonaka og Takeuchi (1995) definerer læring som ein dynamisk menneskeleg prosess som knytast til handling og intensjon der personlege oppfatningar vert gjort til kjenne, testa og utvikla til ny sanning. Læringsprosessane gjev meining i ein kontekst.

Den epistemologiske dimensjonen hentar Nonaka og Takeuchi (1995) frå Polanyi. Den tause kunnskapen inneheld både den erfarte eller kognitive kunnskapen og den tekniske eller faglege kunnskapen. Det er den kunnskapen vi har erverva oss og som vi tenker på og assosierer til når vi opptrer i ulike kontekstar og samanhengar. Den eksplisitte kunnskapen kan formulerast i eit formelt og syntaktisk språk og dermed lett kommuniserast til andre. Ord, tal, kvalitetshandbøker og spesifikasjonar er eksempel på kunnskap som kan delast med andre og lett gjerast eksplisitt. Den er orientert mot ein kontekstuavhengig teori. Taus kunnskap er høgst personleg og kontekstspesifikk men vanskeleg å formulere, formalisere og kommunisere til andre. Den er vevd inn i kvar og ein sine erfaringar og tett kopla til handling. Den tause kunnskapen har nær tilknytning til verdiar, overtydingar og følelsar, og har såleis ein subjektiv og intuitiv natur. Den skapast her og no i ein spesifikk, praktisk kontekst.

Kunnskap utviklast i fylgje Nonaka og Takeuchi (1995) i interaksjonen mellom taus og eksplisitt kunnskap, noko som føregår i sosiale interaksjonar. For å beskrive kunnskapsutvikling viser dei til fire former for kommunikasjon (Tabell 4.1):

Sosialisering: Frå skjult til skjult

Gjennom sosialisering delast erfaringar, mentale modellar og måtar å gjere ting på. Deling av erfaringar føregår gjennom imitasjon og samarbeid. Sosialisering finn stad når kunnskap overførast ved ikkje-verbal kommunikasjon. Slik kan ein seie at sosialisering er ei form for kunnskapsutvikling.

Eksternalisering: Frå skjult til eksplisitt

Den skjulte kunnskapen kan forteljast til andre i form av metaforar, analogiar, hypoteser, konsept eller modellar. Eksternalisering skjer gjennom dialog og kollektiv refleksjon. Ettersom den skjulte kunnskapen er vanskeleg å artikulere, kan bruk av for eksempel metaforar gjere det lettare. Når ein brukar bilete for å kommunisere kunnskap kan det vere enklare å oppfatte eller forstå samanhengane og dermed gjere det skjulte kjent. Eksternalisering er såleis ein prosess der taus kunnskap vert eksplisitt gjennom samhandling og dialog.

Kombinering: Frå eksplisitt til eksplisitt

Her koplaster eksplisitt kunnskap til anna eksplisitt kunnskap. Eksempel er når kunnskap ein som nyttilsett har med inn i organisasjonen koplaster med uttalt gjeldande kunnskap i organisasjonen og det dermed dannast ny kunnskap. Når fleire konsept eller skjult kunnskap som er gjort eksplisitt kombinerast med eksisterande kunnskap gjennom systematisering, samankopling, og kategorisering kan det føre til ny kunnskap. Formell utdanning er eit eksempel på kombinering. Når fleire frå same fagområde kjem saman for å lære av kvarandre kan det vere kombinering.

Internalisering: Frå eksplisitt til skjult

Når ein gjer eksplisitt kunnskap til sitt eige føregår det ei internalisering. Eit eksempel er læring gjennom handling. Kunnskapen lagrast i individa sin felles kunnskapsbase. Når eksplisitt kunnskap dokumenterast har det to formål og betydning for internalisering. Det eine er å kunne dele kunnskapen og det andre er å lette internalisering av kunnskapen. Dersom ein brukar historier, der situasjonar og personar er inkludert, vert det lettare å internalisere kunnskapen i organisasjonskulturen. Når individa i organisasjonen set ord på erverva innsikt og erfaring og gjer den tilgjengeleg, skaparast ny kunnskap til nytte for heile organisasjonen som dermed er lærande. Dette gjev ein retning som flyttar fokus frå individ til organisasjon og handlar dermed om læring i eit sosiokulturelt perspektiv.

	Taus kunnskap	Eksplisitt kunnskap
Taus kunnskap	Sosialisering	Eksternalisering
Eksplisitt kunnskap	Internalisering	Kombinering

Fire former for kommunikasjon i kunnskapsutvikling
(Nonaka & Takeuchi 1995)

Tabell 4.1: Fire former for kommunikasjon (Nonaka og Takeuchi, 1995)

Nonaka og Takeuchi (1995) rettar fokuset mot relasjonar og menneska i organisasjonen. Under gitte rammer og føresetnadar kan fellesskapet lære noko meir enn

enkeltindividet. Ei avdeling kan sjåast på som eit kollektivt sosialt system der alle er avhengige av kvarandre for å lære og for å yte.

Til sist er situert læring er eit omgrep Wenger (2004) brukar for å beskrive læringsprosessen som ein deltakingsprosess i praksisfellesskapet. Situert læring handlar om eit sosialt engasjement og deltaking i praksis. Lave og Wenger (1991) set søkjelyset på kva sosialt engasjement som skal til for å lære. Dette kallar dei legitim perifer deltaking. Med dette meiner dei at den som lærer gradvis tek del i arbeidet til ein ekspert via praksisfellesskapet. Læring kan då forståast som ein dynamisk prosess frå gradvis til full deltaking der deltakaren vert ein del av det kollektive. Det at læringa er situert betyr at individet oppfattar og tenkjer ut frå deltaking i praksisfellesskapet men konstruerar meining og forståing ut frå sin ståstad. Komponentane meining, identitet, fellesskap og praksis kan i følgje Wenger (2004) skiftast ut med omgrepet læring utan at meininga går tapt.

4.2 Kvalitetsforbetring og læring

Spesialisthelsetenesta er mange stader i den situasjonen at kvaliteten på læringsforholda til turnuslegane måtte forbetrast. Sjukehusa er kunnskapsintensive organisasjonar og dei tilsette utgjer organisasjonen sin samla kunnskapsressurs, og vil dermed være avgjerande for kvaliteten på tenestene og organisasjonen sin produksjon (Blåka og Filstad, 2007). Suksess med kvalitetsforbetring handlar blant anna om å styrke utøvarane og å forbetre leiinga og organisasjonen (May, 2006, Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) peikar på at utøvarane har høge faglege kvalifikasjonar og sterk motivasjon, og at kvalitet ligg til grunn for arbeidet i sosial- og helsetenestene, men rammene gjev ikkje alltid dei beste føresetnadane for god kvalitet. Læring, kultur og fagkunnskap er viktige forhold i samband med kvalitet. Oppdraget leiarar og utøvarar har fått er å bringe helsetenestene eit skritt vidare i retning av betre kvalitet. Dette gjev implikasjonar om at organisasjonen i alle ledd må fokusere på prosessar der ein lærer og utviklar praksis. Ein må med andre ord gjere ting på nye måtar. Mentale modellar må utfordrast og det må etablerast nye mønster (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, Aasberg, 2006).

Ein analogi til dette kan vere å sjå turnuslegar som brukarar, og at ein ved å bruke deira innsikt og kompetanse i kvalitetsforbetring i det som har med læringsforhold å gjere. Måten turnuslegane vert tekne imot på, rettleia på, får støtte på

og korleis kunnskap om organisasjonen vert formidla, avklaring av ansvarsforhold og inkludering i fellesskapet, er alle faktorar turnuslegane sjølv er opptekne av og evaluerer praksis ut frå (Børsheim, 2007). Dette leidar til Senge (2004) sin teori om lærande organisasjonar. Å involvere brukarane og bruke deira innsikt og kompetanse kan ha noko å seie for å betre praksis.

Kva ein lærande organisasjon har som kjenneteikn er relevant som ein overordna teoretisk tilnærming for å setje problemstillinga inn i ein relevant teoretisk kontekst. Fordi læring i eit sosiokulturellt perspektiv handlar om deltaking i aktivitetar i praksis, meiner eg det kan ha noko å seie å forstå mønster og faktorar som påverkar læringa.

Senge (2004) definerer lærande organisasjon slik:

”organisasjoner der mennesker videreutvikler sine evner til å skape de resultater som de egentlig ønsker, der nye og ekspansive tenkemåter blir oppmuntret, der kollektive ambisjoner får fritt utløp og der mennesker blir flinkere til å lære i fellesskap” (s. 9).

Han vektlegg at heile organisasjonen må vere involvert gjennom aktiv deltaking og deling av kunnskap mellom alle tilsette. Dette kallar han kollektiv læring. Det er ikkje nok at ein person lærer eller at ordre kjem frå toppleiinga. For dersom organisasjonen er retta mot kontroll heller enn å lære og å belønne dei tilsette sine nysgjerrige evner motverkar det læring og utvikling. Organisasjonen må oppdage korleis motivasjon og evne til å lære i den praktiske konteksten kan fremjast. Det gjeld alle nivå i organisasjonen. Når organisasjonen utviklar kontekstar for samhandling slik at kunnskap delast, skjer det læring. Ein lærande organisasjon forbetrar stadig evna si til å skape si eiga framtid (Senge, 2004).

Wadel (2002) refererer til Senge og Dalin når han viser korleis ein organisasjon er lærande. Det handlar mellom anna om å lære å lære i lag og at det er ein fordel for systemet at kunnskap delast i eit fellesskap. Det gjev grobottn for ein dynamikk der kunnskap utviklar seg og tilpassast behovet til ei kvar tid. Det føregår ei alternering mellom læring som prosess og læring som resultat.

Figenschou m.fl. (1998) refererer til Garvin sin artikkel ”Building a learning organization” fordi dei meiner han er sterk på praktisk implementering av organisatorisk læring. Dei omset og siterer Garvin sin definisjon på lærande organisasjonar slik:

”En lærende organisasjon er en organisasjon som er god til å skape, tilegne seg og overføre/formidle kunnskap, og til å forandre sin atferd slik at den reflekterer ny kunnskap og innsikt” (s.2).

Garvin meiner at ein lærande organisasjonar føreset ein spesiell kultur og eit spesielt miljø der alle deltakarane veit kva ein ønskjer å oppnå. Systematisk arbeid der ein leitar etter nye innfallsvinklar, prøver ut nye måtar å gjere ting på og lærer av tidlegare erfaringar, spesielt det som ein har lukkast med, kan gje verdifull lærdom. Om ein søker etter andre sine erfaringar og er open og mottakeleg for dei, og evnar å formidle ny kunnskap i organisasjonen, kan det vere ei kjelde til kunnskapsutvikling og forbetringar i organisasjonen. Endring skjer etter ein konkret og bevisst plan og ikkje tilfeldig. Det er viktig at aktørane veit kvifor noko vert ein suksess, elles har det liten læringseffekt. Potensiale for å generere kunnskap i organisasjonen fell elles bort. Fri flyt av idear, erfaringar og kunnskap mellom enkeltpersonar, seksjonar og avdelingar i organisasjonen gjer best utnytting av kunnskapen som finns (Figenschou et al., 1998).

Senge (2004) framstiller den lærande organisasjon som utøving av fem ulike disiplinar:

Personleg meistring

Å meistre betyr at personar har kunnskap og kan utføre handlingar på ein bestemt måte. Personleg meistring handlar om å leve kreativt heller enn reaktivt. Ein er i ein kontinuerlig prosess der ein kartlegg og utdjuar eigne visjonar, konsentrerer seg om kreftene sine og korleis ein oppfattar røyndomen. I ein slik læringsprosess kan det vere råd å nå dei måla ein set seg. Personleg meistring er ein viktig hjørnestein i ein lærande organisasjon fordi organisasjonen sin evne til å lære er ikkje større enn evna hjå kvar av medlemmane. Om organisasjonen fokuserer på vekst hjå den enkelte har det verknad på energi og entusiasme, noko som er ei viktig drivkraft for å lære og for at organisasjonen skal lære. Kva vilkår og tilrettelegging som vert gjort frå organisasjonen si side har verknad på å få fram det beste i folk. Når menneske og organisasjon lærer, veks det fram ein gjensidig forpliktande relasjon.

Mentale modellar

Fastgrodde kulturar, antakingar og fordommar organisasjonen har, påverkar korleis ein oppfattar omgjevnadane og korleis ein handlar. Oftast er våre mentale modellar ubevisste og dermed er vi ikkje klar over korleis dei påverkar våre handlingar. Ny innsikt vert derfor ofte ikkje teke i bruk fordi det strir med våre førestillingar. Dei mentale modellane som kjem fram i lyset er potensielt ei kjelde til læring. Uansett er mentale modellar forenklingar av røyndommen. Å lære å oppdage dei indre bilda av

røyndomen, ta dei fram og granske dei er essensen i denne disiplinen. For å få dette til må ein gjennomføre samtalar der ein er villig til å blottstille egne tankar og opne for å la seg påverke av andre.

Felles visjon

Felles visjon har med framtid og gjere. Det er dei mål og felles bilde eller oppfatningar av framtida som aktøren i organisasjonen sluttar opp om. Den ekte visjonen er tufta på at menneska vil skape og lære fordi dei har lyst. Det å skape ein felles visjon omfattar evna til å avdekke felles bilde av framtida som fremmar innsats og deltaking. Når den personlege visjonen samanfell med organisasjonen sin visjon, genererer den kraft. Ein felles visjon skapar vilje til å lære og det knyter menneska saman og skaper felles identitet. I arbeidet med felles visjonar spelar leiaren ein sentral rolle.

Gruppelæring

Denne forma for læring startar med dialog der gruppe medlemmene si evne til å setje tidlegare overtendingar til side utfordrast i retning av å tenkje i fellesskap. Her utviklast gruppa sin evne til å realisere det ein verkeleg ynskjer å oppnå. Dette baserast på ein felles visjon, personleg meistring og talent. Kommunikasjonen i gruppa kan føregår ved å meistre både dialog og diskusjon. I dialogen samtalar ein om vanskelege og komplekse tema på ein fri, utforskande og kreativ måte. Ein legg egne synspunkt til side medan ein lyttar og snakkar om den andre sine tankar. I diskusjonen er det kvar og ein sine synspunkt som kjem fram og forsvarast. Dei gruppene som meistrar begge kommunikasjonsformene ved å bevisst alternere mellom dei, har eit godt potensiale for læring. Folk sitt behov for sjølvforsvar verkar sterkt inn på gruppa si evne til å lære. Om ein konstruktivt tek dette opp, kan det fremje læring. Når grupper lærer på ein slik måte genererer det oppleving av raskare personleg vekst og dei oppnår svært gode resultat. For å eksemplifisere dette kan ein sjå på kva som skjer når nye menneske kjem inn i ei gruppe. Om ein vert møtt med dialog eller diskusjon som den dominerande kommunikasjonsforma, vil det truleg ha noko å seie for om ein vil fortelje om sine tankar og oppfatningar om ting. På same måte vil det kunne vere ein forskjell om gruppa ynskjer innspel og nye "auge" på det som føregår i organisasjonen og møter det med interesse og dialog, heller enn med at "her gjer vi det slik som vi alltid har gjort".

Systemtenkning

Ulike organisasjonar dannar sine system. Det som skjer, menneska og handlingane deira er knytt saman med usynlige trådar og mønster kan vere vanskeleg å oppdage. Når ein er her og no orientert kan det vere eit hinder for å oppdage mønster og dermed finne svar på kvifor ikkje fundamentale problem i organisasjonen synest å verte løyste. Systemtenking er ei motvekt til dette og hjelper ein til å rette blikket mot strukturelle forhold i organisasjonen.

Når ein organisasjon praktiserer dei fire føregåande disiplinane, og det utviklar seg til å fungere saman, er det systemtenkinga som vert forklaringsmodellen på det. Det er systemtenkinga som får teori og praksis til å smelte saman. Forståinga av dette er at alle disiplinane gjensidig påverkar kvarandre. Systemtenkinga gjer at dei andre disiplinane ikkje fortset å vere åtskilte. Dette er eit kontinuerlig arbeid, men om ein skal få det til må ein praktisere og utvikle dei fem disiplinane parallelt. Når kvar enkelt disiplin fremmast, vert vi påminna om at heilskapen er større enn delane.

Teori om læring i eit sosiokulturelt perspektiv handlar altså om kollektive læreprosessar og kultur for læring. Med andre ord, korleis kunnskap utviklast i tilknytning til menneske. Det som skjer i sjukehusavdelingar kan vanskeleg løysast frå organisasjonen og samfunnet som heilskap. Infrastrukturen i organisasjonar kan beskrivast som eit organisatorisk språk som omhandlar arbeidsrutinar, om kven som gjer kva og korleis. Eigenarten til sjukehus er at aktivitetane er varierte og mange spesialiserte handlingar føregår samtidig. Kjerneaktiviteten er først og fremst samhandling mellom ulike helsearbeidarar og pasientar. Dei profesjonelle tek sin respektive kunnskap med inn i organisasjonen og arbeidar enten uavhengig av kvarandre eller i direkte samarbeid. Uansett er ein avhengig av kvarandre for å løyse oppgåvene. I kunnskapsorganisasjonar finnast ofte to parallelle hierarki. Det ein er knytt til profesjonen og kan gå utover for eksempel avdelingsgrensene. Den lokale arbeidsplassen representerer det andre hierarkiet. Legar har eit større spekter i sitt profesjonshierarki enn for eksempel sjukepleiarar, som vender seg mest mot arbeidsplassen (Blåka og Filstad, 2007). Set ein dette inn i forhold til problemstillinga kan det bety at turnuslegane har andre utanfor avdelinga dei vender set til som og kan ha noko å seie for læring. Dei har kontakt med personell på andre avdelinga for eksempel når dei har vakt. Det kan vere akuttmtottak og fleire sengepostar samt spesialistar utanfor sengeposten dei sjølv er tilsett ved. Her ser ein konturane av ei stor kontaktflate som truleg kan ha verknad på læringa.

4.3 Sosialisering og identitetsbygging

Infrastrukturen, rutineane og arbeidsprosedyrane på sjukehusa er skapt av menneska der, og ein forventar at nyttilsette som kjem inn i organisasjonen lærer det organisatoriske språket. Blåka og Filstad (2007) seier at nyttilsette som kjem inn i organisasjonen og møter organisasjons-kulturen og forventningane frå organisasjonen, opplever dei eit realitetssjokk og prøver å finne mening. Dette realitetssjokket kan påverke sosialiseringprosessen.

Organisasjonssosialiseringa er ein tidsbestemt læreprosess, frå ein kjem inn i organisasjonen til ein er fullverdig medlem. Dette handlar om ulike prosessar for å verte integrert og ei tilpassing til kulturen og den sosiale røyndomen. Ein skal lære og forstå alt frå infrastruktur i sjukehuset til aktørane som arbeidar der. Komplekse og samansette arbeidsoperasjonar og komplekse aktørar kjenneteiknar sjukehusorganisasjonen (Blåka og Filstad, 2007). I sjukehus med sin eigenart vil det såleis vere eit sett ulike faktorar som vil kunne påverke dei nyttilsette sin sosialiseringprosess.

I litteraturen er det fleire modellar for korleis sosialisering går føre seg. Dette har relevans for å forstå korleis turnuslegar møter praksis og for å forstå dynamikken mellom det å vere ny i organisasjonen og læreprosessane. Eg vel å bruke Feldman sin modell, referert i Blåka og Filstad (2007), fordi denne modellen legg vekt på at forforståinga har noko å seie for den nyttilsette. Feldman seier at sosialiseringprosessen består av tre stadium og kan variere i tid:

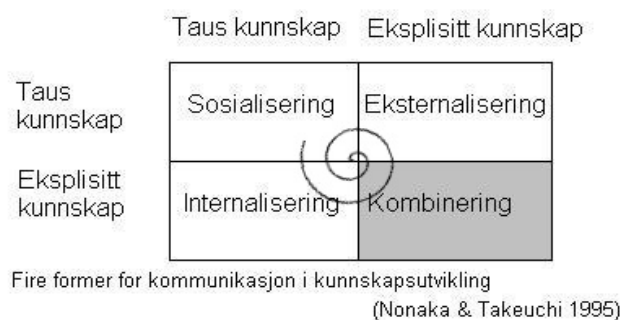
Getting in legg vekt på kva som skjer før den nyttilsette startar i jobben. Det omfattar all læring om organisasjonen og dei meiningar om røyndomen ein gjer seg opp på bakgrunn av tilgjengeleg informasjon. Dette kan skape positive eller negative forventningar og oppfatningar som ein tek med seg inn i organisasjonen. Desse forventningane er bygd på tidlegare erfaringar og kunnskap, men også på informasjon frå organisasjonen i tilsetjingsprosessen. Realitetssjokket kan likevel verte stort. Korleis personen er forberedt på å tilpasse seg ein spesiell posisjon i organisasjonen, vil farge det første møte. Møtet mellom forventningane til den tilsette og organisasjonen sin røyndom er ein kritisk fase i overgangen til Breaking in stadium.

Breaking in startar den første dagen og når den tilsette finn ut korleis organisasjonen faktisk er. Dette er generelt den kritiske delen av tilsetjinga. Her forsøker den nye å tilegne seg nødvendig kunnskap og ferdigheiter for å utføre arbeidet og lærer seg rolleåtferd. Dette kan resultere i at verdiar, holdningar og ferdigheiter endrast i tilpassinga til den nye organisasjonen. Kva den nyttilsette endrar seg frå er

viktig. Dette har betydning for å forstå reaksjonar og kva ein byggjer vidare læring og kunnskap på.

I Settling in som er den siste fasen den nyttilsette går inn i, har ein tilpassa seg ny rolleåttferd. Ein meistrar dei ferdigheitene ein treng for å løyse dei oppgåvene ein skal. Ein har lært å tilpasse seg nye arbeidsgrupper, normer og verdiar. Den nye har utvikla seg til fullverdig medlem av organisasjonen. Når ein opplever samsvar mellom eigen identitet og det som forventast i organisasjonen, har det funne stad ei identitetsutvikling.

Lave og Wenger (1991) utvikla teoretiske perspektiv på læring gjennom deltaking i praksis, som eit alternativ til den tradisjonelle betydinga av meisterlære. Relasjonen mellom meister og elev beskriv dei som skiftande deltaking og identitetsendring i eit praksisfellesskap. Wenger (2004) peikar på identitet og praksisfellesskap som viktige faktorar for læring. Utvikling av identitet som profesjonell handlar om meir enn praktiske ferdigheiter. Det handlar også om å lære normene i kulturen og å integrere desse i eigen profesjonell identitet. Lave og Wenger (1991) legg vekt på at alle aktørane i læringsmiljøet vert påverka, også meisteren lærer i samhandlinga med lærlingen, sjølv om det kanskje er lærlingen som endrar seg mest. I eit læremiljø kan ein og same person ha fleire rollar. Lærlingen vil endre rolle etter kvart, for eksempel når ein knyt seg til nye lærlingar. Slike syklusar føregår kontinuerleg og gjer at miljøet ikkje låser seg fast. Dette kan haldast opp mot Nonaka og Takeuchi (1995) sin modell om kunnskapsutvikling.



Tabell 4.2 Kunnskapsspiralen bind saman (Nonaka og Takeuchi 1995)

Den illustrerer ei kopling mellom identitetsutvikling og dei ulike kommunikasjonsformene og kunnskapsformene (Tabell 2). Modellen har ein spiral i midten som viser dynamikken i læring. Vi går ikkje berre i ring men vi utvidar vår

erfaringsflate og lærer gjennom det. Slik eg forstår modellen viser den at læringa startar med sosialisering.

Dei ulike praksisfellesskapa vil ha ulike baner og læringa kan finne stad sjølv om ein ikkje har felles forståing eller plattform (Lave og Wenger, 1991). For turnuslegar vil slike baner vere delvis personlege og delvis arrangerte. Det personlege handlar om forventningar og ynskjer, mens det arrangerte handlar om formelle krav til praksisgjennomføringa, organisatoriske forhold, dei oppgåver som skal løysast og korleis praksisperioden er lagt opp. I følge Lave og Wenger (1991) har sosial forståing noko å seie for læring og tileigning av ferdigheiter. Slik kan ein forstå praksis som ein sosial praksis som kan sjåast i samheng med taus og eksplisitt kunnskap. Det omfattar både det som seiast og det som ikkje seiast, det vil seie dokument, retningslinjer, prosedyrar, definerte roller og artefakter for å nemne noko.

Som tidlegare sagt ser Nonaka og Takeuchi (1995) på sosialisering som ein læreprosess. Overføringa av kunnskap skjer i praktiske situasjonar der ein lærer av kvarandre gjennom imitasjon, deling av mentale modellar, observasjon og praksis i pasientbehandling. Nonaka og Takeuchi (1995) ser kunnskapsutvikling i organisasjonen som ein sosialiseringsprosess.

4.4 Avdelingsleiinga si rolle

Vi kan ha ein hypotese om at utøving av Senge (2004) sine fem disiplinar er styrande for korleis leiinga, tilsette og praksisretteleiarane handlar når det gjeld arbeid med læring. Har leiarane på avdelingane utfordra deira personleg meistring? Er det sett nokre mål om turnuslegane sin læring som ein er i ferd med å nå? På kva måte utfordra leiarane dei mentale modellane og dermed påverke korleis turnuslegane sin læring skal tilretteleggast? Vert turnuslegane sin meistring og behov i læreprosessen lagt vekt på og utfordra ut frå den kunnskap ein har om sosialisering og identitetsbygging? Har avdelinga utvikla felles visjonar som har noko å seie for læring? Nonaka og Takeuchi (1995) sin modell for kommunikasjonsformer viser kva som må til for å skape kunnskapsutvikling. Har avdelinga bevega seg frå ekstrenalisering til kombinerings ved å ta i bruk evalueringsresultata frå turnuslegane? Har det føregått ein bevegelse frå sosialisering til internalisering hjå turnuslegane?

Styringsdokument om kvalitetsforbetring legg tydelege føringar for å styrke utøvarane, organisasjon og leiing. I kva grad har avdelinga arbeida med dette på ein systematisk måte? Har rettleiing og innhald i turnustenensta blitt endra? Dette kan

handle om dei formelle strukturane, at individet setjast i fokus, tilrettelegging av læringsforhold og at kunnskapsdeling der tause kunnskap vert gjort til eksplisitt kunnskap får merksemd.

Eit teoretisk rammeverk kan vere til hjelp for å ha fokus på fremjande faktorar når det gjeld læring. Praksisfellesskapet er viktig for samhandling, basert på fellesinteresser og behov for læring. Relasjonane som utgjer praksisfellesskapet har både formelle og uformelle læringsforhold (Wadel, 2002). Dersom det uformelle, i tråd med Wadel sine antakingar, er viktigast og symmetrisk er det kanskje der den tause kunnskapen lettast kjem til uttrykk. På kva måte legg sjukehusavdelingane til rette for at kunnskap delast og vert gjort gjeldande i organisasjonen? I kva samanhengar og på kva måte delar dei erfarne legane tause kunnskap med turnuslegane? Nonaka og Takeuchi (1995) sin teori om kunnskapsdanning kan saman med blant anna strukturelle forhold ha relevans når ein skal prøve å forstå kva som fremjar turnuslegane sin læring. Når læring finn stad og der er eit system for å gjere kunnskapen kjent og gjeldande skjer det også ein læring i organisasjonen (Senge, 2004). Kva har møte mellom den nyttilsette turnuslegen og organisasjonen å seie for sosialisering og identitetsutvikling (Feldman i Blåka og Filstad, 2007, Lava og Wenger, 1991, Nonaka og Takeuchi, 1995, Wenger, 2004).

Evelyn Stavang:

5. Kunnskapsoverføring mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta

5.1 Samhandling mellom nivåa som kunnskapsproblem?

Samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er ei stor utfordring for helsetenesta. NOU 2005:3:13 *Fra stykkevis til helt* (Wisløff-utvalet) definerer samhandling i helsetenesta som aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involverte i pasienthandsaminga. Samhandlinga vil kunne gjelde pasientar, pårørande, pasient- og brukerorganisasjonar, tenesteutøvarer i ulike deler av hjelpeapparatet, interesseorganisasjonar, besluttsame styresmakter, ombudsordningar, kontrollmyndigheiter og klageinstansar.

Nokre behandlings- og rehabiliteringsforløp krev meir samhandling mellom tenesteutøvarane enn andre. Eg avgrensar her til samhandling innan somatikk. Fokus vert sjukepleiefagleg samhandling. Eg ynskjer å sjå på korleis kunnskap vert formidla mellom spesialist- og kommunehelsetenesta og kva slags faktorar som påverkar sjukepleiefagleg samhandlinga mellom nivåa.

Det er ofte dei mest sårbare og vanskeleg stilte pasientane som har størst behov for å bli møtt av ei heilskapleg helseteneste. Felles for desse er at dei har eit behandlings- og omsorgsbehov ingen av tenesteyterane kan gje aleine. I slike kan det stillast spørsmål om tenesteyterane møter pasientane med eit heilskapleg menneskesyn og med eit tenesteperspektiv som går ut over den enkelte avdeling eller institusjon. Pasientane er lite opptekne av dei organisatoriske skilja i helsevesenet. Dei er opptekne av å verte skikkeleg utgreia, få rett behandling og god omsorg når dei treng det. Eit slikt perspektiv bidreg til å fokusere på pasientbehov og pasientforløp, og ikkje på kommunen eller sjukehuset sitt behov eller interesser.

Eit pasientforløp kan definerast som summen av alle aktivitetar, kontaktar og hendingar som pasienten opplever i møtet med helsevesenet i samband med handtering av eit helseproblem¹⁵. Sjølv enkle og vanlege pasientforløp har fleire aktivitetar og overgangar mellom aktivitetane enn vi som regel tenkjer over. Pasientane møter oftast ulikt helsepersonell og er innom ulike delar av helsetenesta både i kommunen og i spesialisthelsetenesta. Det er lett å tenkje seg at det er i overgangen mellom ein aktivitet

¹⁵ Medisinalmeldinga, 2002

og den neste at det sviktar. Til fleire deltakarar, aktivitetar og overgangar det er i eit pasientforløp, til større er sjansen for at vi opplever mistydingar, feil og uklåre ansvarstilhøve.

I røynda er det spesialisthelsetenesta som er tyngdepunktet i samspelet mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, både gjennom høg fagleg status, ved at ho dominerer den helsepolitiske dagsorden og ved at vi ofte arbeider i store, tunge insitusjonar som får ei eigentyngde. Kommunane og kommunehelsetenestene er mange og små og manglar felles talerøyr som kan formidle deira synspunkt med tyngde. Denne situasjonen legg eit særleg ansvar på spesialisthelsetenesta og helseforetaka.

Spesialisthelsetenesta

Ansvaret for spesialisthelsetenesta vart i 2002 overført frå fylkeskommunane til staten. Staten organiserte spesialisthelsetenesta først i fem regionale helseforetak. I 2007 vart desse reduserte til fire. Dei regionale helseforetaka organiserer igjen 35 helseforetak. Foretaka yter spesialisthelsetenester og skal drive forskning og undervisning. Det har vore til dels store omorganiseringar i foretaksstrukturen, og antal helseforetak har blitt redusert frå 43 ved utgangen av 2002 til 35 i 2007. Staten har full styringsmogelegheit over helseforetaka og tilsvarande ubegrensa økonomisk ansvar for verksemda deira.

Dei regionale helseforetaka får midlar gjennom statlege rammeløyvingar, stykkprisrefusjonar og eigenandelar frå pasientane. Somatiske tenester vert stykkprisfinansiert anten gjennom DRG- systemet eller gjennom polikliniske takstar ved poliklinisk behandling. DRG-systemet klassifiserer sjukehusopphald i såkalla diagnoserelaterte grupper som er medisinsk meiningsfulle og ressursmessig tilnærma homogene. Alle DRG har ei kostnadsvekt (DRG -vekt) som uttrykkjer det relative ressursforbruk pasientgruppa har i høve gjennomsnittspasienten. Ein grå-stær-operasjon er til dømes ein lettare operasjon som vanlegvis vert utført poliklinisk. Denne har ei kostnadsvekt på 0,42. Ein levertransplantasjon har til samanlikning ei kostnadsvekt på 25, 92. Plasseringa av det enkelte sjukehusopphald i ein DRG skjer gjennom eit grupperingsprogram. Ut frå dette blir den statlege refusjonen utbetalt til helseforetaket. (NOU 2005:3 s.32)

Primærhelsetenesta

Primærhelsetenesta er sjølv fundamentet i helsetenesta. Det er her dei fleste kontaktar mellom pasient og hjelpar skjer. Dei 431 kommunane skal sørge for nødvendig

helseteneste for alle som bur eller midlertidig oppheld seg i deira område. Kommunehelsetenesta skal drive forbyggjande arbeid, bidra til heilskapleg behandling og omsorg, nærleik og god tilgjenge. Den skal også bidra til rett prioritering av ressursar og sikre behandling på rett nivå. Kommunane står fritt til å velje organisatoriske løysingar for å ivareta ansvaret sitt for å yte helse- og sosialtenester. Tradisjonelt organiserer kommunane tenestene i ulike kommunale etatar og verksemdar. Nokre kommunar har i den seinare tid skilt mellom den kommunale myndigheitsutøvinga (bestillar) og tenesteutøvinga (utførar) (NOU 2005:3).

Helse- og sosialtenestene er i hovudsak finansierte gjennom det generelle inntektssystemet for kommunane. Dei kan også motta øyremerkte midlar til spesielle oppgåver. Dei kommunale verksemdene og etatane er i hovudsak rammebudsjetterte. Kommunane mottok også inntekt gjennom brukarbetalingsordningar. Folketrygda dekkjer det vesentlege av utgifter til legemiddel, legetenester og tekniske hjelpemiddel for tenestemottakarar utanfor kommunale institusjonar. For bebuarar i institusjon finansierast tilsvarande tenester av kommunen. Fastlegane si verksemd vert finansierte gjennom direkte takstrefusjon frå Rikstrygdeverket, eigenandelar og eit kommunalt tilskot. (NOU 2005:3)

Forbettringskunnskap i skjæringsfeltet krev fokus på leiing

Ulike faktorar påverkar samhandlinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Eg har her valt å fokusere på danning og overføring av kunnskap mellom nivåa. Vi kan også seie at eg leitar etter rommet for forbettringskunnskap i skjæringsfeltet mellom foretak og kommune. I NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt* vert det slått fast at fellesnemnaren for dei samhandlingskrevjande pasientane er at dei har behov for tenester frå fleire instansar. Heilskapleg behandling kan berre oppnåast dersom den einskilde einig fokuserer på samanhengen mellom eigen innsats og resten av behandlinga. Eit slikt fokus som går utover eiga verksemd krev ei sterk leiingsforankring. *Helsedialog, program for samhandling i helsetjenesten* er eit program som er utarbeidd av KS, Helse Sør RHF, brukarorganisasjonar, tillitsvalgte og representantar for fastlegane i dette området. Her vert det slått fast at der ein har involvert og forankra samhandlingsarbeidet hos linjeleiarane på mellomnivå, der der ser ein best resultat. Eg tek difor også med meg eit leiingsperspektiv sjølv om eg som nevnt i innleiinga tek utgangspunkt i sjukepleien sitt kunnskapsområde.

5.2 Sjukepleie og sjukepleiekunnskap

Det finst ei rekkje definisjonar på sjukepleie. Virginia Henderson gjorde i 1955 greie for sjukepleiarens sjølvstendige funksjon og International Council of Nurses (ICN) har vedteke å nytte hennar definisjon som er slik:

”Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller en fredfull død), noe det ville ha gjort uten hjelp dersom det hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og gjøre dette på en slik måte at pasienten gjenvinner uavhengighet så fort som mulig”. Henderson 1998:45)

Henderson var oppteken av at sjukepleiarane er - og juridisk sett bør vere - ein sjølvstendig utøvar som er i stand til å ta gjere egne vurderingar. Diagnosar, prognosar og føreskriving av behandling er legen sin funksjon og ansvar. Slik Henderson såg det, er det sjukepleiaren som er den utøvande når det gjeld grunnleggande sjukepleie. Med grunnleggande sjukepleie meinte ho det å hjelpe pasientane med å ta i vare eller utføre visse grunnleggande funksjonar eller gjeremål, eller å skape tilhøve som gjer at pasienten sjølv kan gjere dette utan hjelp. (Henderson 1998:46-47)

Samstundes med at Henderson kom med sin definisjon av sjukepleie, starta ei utvikling av sjukepleie til eit vitskapeleg fagområde. Dette utløyste ein diskusjon om faget sitt innhald og verdigrunnlag i Noreg. Naustdal (2006) hevdar at sjukepleiefaget si historie og tradisjon seier noko om sentrale element i faget sitt kunnskapsgrunnlag og yrkesutøving. I Noreg er tittelen sjukepleiar ein yrkestittel som berre kan nyttast etter ei lovbestemt utdanning og etter autorisasjon frå Statens autorisasjonskontor. Gjennom 3 - årig grunnutdanning i sjukepleie skal ein ha ein grunnleggjande kompetanse i sjukepleiefaget. Ein kompetent sjukepleiar skal ha god kunnskap både i teori og praksis. Å ha sjukepleiarkompetanse inneber at ein er fagleg kvalifisert til å utøve yrket i samsvar med gjeldande lover, reglar og yrkesetiske retningslinjer. Fagermoen (1993:23) seier at sjukepleiefaget har røter både frå handverksfag og vitskapelege fag. Det inneber at i grunnlaget for utvikling av sjukepleiarkompetanse og kynde ligg både solid innsikt i faget og meistring av praktiske gjeremål og metodar for utvikling av kunnskap.

Sjukepleie som profesjon

Sjukepleiarane og legane er mellom dei eldste profesjonane i helsetenesta. Naustdal (2006) siterer Torgersen (1972) som seier at ein profesjon er kjenneteikna ved at ein har eit yrke som krev teoretisk utdanning og at ein er relativt sjølvstendig i yrkesutøvinga,

det vil seie at ein baserer seg på spesialisert og teoretisk kunnskap. Torgersen omtalar føresetnadane for profesjonalisering og drøftar trinna i profesjonsprosessen drøfta. Han definerer slik:

«..når en bestemt langvarig formell utdanning erverves av personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte yrker, som ifølge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med denne utdanningen.» (1972:10)

Ein profesjon har oftast ein profesjonell yrkesetikk eller ideologi som ein ynskjer skal vere retningsgjevande for verksemda. Det skal vere ein garanti for at arbeidet som blir utført skal halde høg fagleg standard og at handlingane ikkje er tilfeldige, eller eit resultat av umedviten tradisjon og vane, men eit medvite val (Halvorsen, 2002:158). Profesjonalisering er den prosessen ei yrkesgruppe går gjennom for å få status og autonomi som profesjon. For sjukepleiar gruppa var det å få treårig formell utdanning ein viktig del av profesjonaliseringsprosessen. I 1948 vart prinsippet om formell treårig utdanning vedteke og lova om offentleg godkjenning av sjukepleiarar innført. (Melby,1990)

Sjukepleiarane måtte likevel kjempe for sin profesjonsstatus, og dei også blitt kalla ein semi-profesjon. Etzioni definerer dette som:

«a group of new professions whose claim to the status of doctors and lawyers is neither fully established nor fully desired. Lacking a better term, we shall refer to those professions as semi-professions. Their training is shorter, their status is less legitimated, their right to be privileged communication less established, there is less of a specialized body of knowledge, and they have less autonomy from supervision or social control than «the» professions». (Etzioni,1969:V)

Ein semi-profesjon ligg såleis i sjiktet mellom etablerte profesjonar og yrkesgrupper med mindre status. Sjukepleiefaget har likevel utvikla seg over tid frå å vere eit fag som i stor grad var basert på praktisk opplæring til å verte ei utdanning på høgskule- og universitetsnivå. I 1981 vart utdanninga av sjukepleiarar overført til høgskulesystemet i Noreg. Frå 1994 har utdanninga vore organisert saman med andre profesjonsutdanningar og regulerast etter lov om universitet og høgskular. Dette betyr at sjukepleieutdanninga til ei kvar tid skal vere basert på det fremste innan forskning, kunstnarisk utviklingsarbeid og erfaringskunnskap. (Naustdal, 2006) Profesjonaliseringa og vitskapleg gjeringa av utdanninga har vore med og utvikle sjukepleie til eit tilnærma sjølvstendig kunnskapsområde og slik sett kan denne

utviklinga gje sjukepleieprofesjonen høgare status og ein betre definisjon. (Christiansen, Heggen og Karseth, 2004).

Sjukepleiekunnskap

Sjukepleiekunnskap byggjer på kunnskap frå både natur-, human- og samfunnsvitenskaplege fag. Sjukepleiekunnskap skal setjeutøvarane i stand til å ivareta pasientar på ein helskapleg måte ut frå forståing av den sjuke si oppleving av helsesvikt og trussel om helsesvikt. Sjukepleiekunnskap kan inndelast i teoretisk-, praktisk-, etisk og erfaringskunnskap. Teoretisk kunnskap er faktabasert kunnskap og utgjer fundamentet for å forstå, handle og reflektere i samhandling med pasientar. Dette dannar grunnlaget for korleis og kvifor sjukepleiarar skal utøve faget sitt. Praktisk kunnskap er å meistre teknikkar, metodar og framgangsmåtar som er relevante for sjukepleie og som er tilpassa de ulike pasientsituasjonane. Etisk kunnskap inneber å integrere sjukepleiefaget sitt verdigrunnlag, slik at det syner seg i handlingar og holdningar. Etisk kunnskap handlar om korleis sjukepleiarar vurderer situasjonar og dermed handlar moralsk riktig. Sjukepleiarar kan ofte oppleve å komme i dilemma kor etisk kunnskap og refleksjon dannar grunnlaget for korleis den aktuelle situasjonen skal handterast. Erfaringskunnskap handlar om å nytte den teoretiske kunnskapen og om å bruke og trene opp ferdigheiter. Det er den einskilde sjukepleiaren sine samla erfaringar, erverva gjennom livslang erfaring og yrkespraksis. Ein sjukepleiar treng både praktiske ferdigheiter, rasjonelle ferdigheiter og samhandlingsferdigheiter¹⁶.

Sjukepleiarar kjem ofte i pasientsituasjonar kor tidlegare erfaringar kan vere nyttige. Men ingen situasjonar er heilt like. Individtilpassa sjukepleie krev evne til å reflektere og sjå nyansar i dei ulike situasjonane og evne til å nytte forskningsbasert kunnskap, kritisk vurderingsevne og fagleg skjønn. Resultatet kan då verte ei anna vurdering og ein anna tilnæringsmåte enn det som var riktig i tidlegare liknande situasjonar. Kunnskapsbasert praksis vert av mange sidestilt med det engelske «evidence-based practise». (Sackett et al. 1997) Her byggjer praksis på aktuelle, relevante og anerkjente forskningsresultat. Målet med denne typen sjukepleiepraksis er at kunnskapsgrunnlaget for konkrete tiltak og tenester skal vere det beste og mest oppdaterte slik at pasientane til ei kvar tid får den beste behandling, sjukepleie og oppfølging. Kunnskapsbasert (evidensbasert) praksis dekkjer imidlertid meir enn berre det vitenskaplege haldepunktet ved at det også er basert på dei andre kunnskapsformene,

¹⁶ Sykepleie, et selvstendig og allsidig fag, 2005

inkludert systematisert erfaringskunnskap og pasienterfaringar. Men kva seier egentleg teoriane om kunnskap om ei slik sjølvforståing i yrkesgruppa vår?

Kunnskap har tradisjonelt vorte rekna som det som kan fornemmast språkleg, i omgrep, teoriar og modellar. Denne kunnskapstradisjonen høyrer til i det positivistiske vitkapsparadigmet. Dette er Aristoteles sitt episteme. Grimen (1991:24-28) seier at episteme inneber ideen om kunnskap som ein representasjon av røyndomen, formulert i verbalspråklege påstandar. Episteme inneber også ideen om at kunnskap er hierarkisert, der kunnskap om generelle prinsipp og påstandar ligg på toppen av hierarkiet, og konkrete erfaringar på botnen.

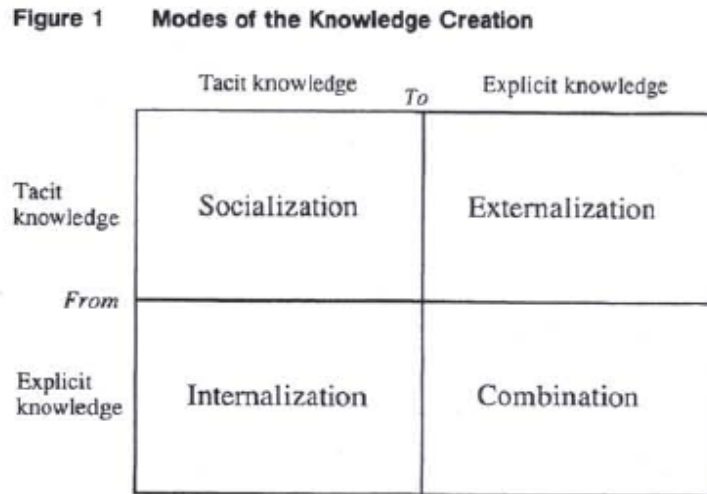
Aristoteles innførte i tillegg to andre omgrep som også uttrykkjer kunnskap, men då i andre former enn den teoretiske. Dette er *techne* og *phronesis*. *Techne* er det som Nordenstam (1983, i Molander 1996:40) kallar ferdigheitskunnskap, altså kunnskap om korleis ein lagar ting. *Techne* omfattar også det vi reknar for kunst, når ein greier å uttrykkje noko som ikkje har eksistert før. Målet for handlinga er produktet, ikkje handlinga i seg sjølv. (Kollbotn 2007) *Phronesis* er evna til å kunne bedømme korleis ein skal handle for å fremje det som er moralsk godt. Den inneber evna til å kunne lese situasjonar og utøve god dømmekraft. Nordenstam kallar dette også for fortrulegheitskunnskap. (Kollbotn 2007).

Taus kunnskap er ein viktig faktor innan sjukepleiefaget. Den som først introduserte dette omgrepet var den engelske naturvitskapsmannen Michael Polanyi. Omgreper består av to ledd. Det tause, i tydinga , det u-uttalte, det usagte og omgrepet kunnskap. Det er naturleg å tolke Polanyi slik at han meiner det finst to former for kunnskap. Den teoretiske og intellektuelle forma og ein praktisk, handlande form for kunnskap. Han inkluderer begge formene i sin bruk av kunnskapsomgrepet og seier at en praktiske forma for kunnskap må tilegnast gjennom praksis sjølv. Det inneber td raskt kunne sjå og bedømme heilskapen i ein situasjon og reagere direkte og korrekt, nesten instinktivt. Er ein i stand til det, handlar ein ut frå ei form for taus kunnskap. Dette er kunnskap det er vanskeleg å definere. I dei fleste praktiske yrke veit praktikarane kva taus kunnskap er, men den kan vanskeleg lærast bort.

Ein må erfare for å bli medviten denne kunnskapen. Innan sjukepleiefaget seier vi at mykje kunnskap vår er taus i denne meninga.

Ikujiro Nonaka deler Polanyi sitt syn om at det finst to former for kunnskap. Nonaka utviklar imidlertid Polanyi sin ide i meir praktisk lei. (Nonaka,1994:16) Han legg vekt på kunnskapsutvikling og spreieing av kunnskap i verksemdar. Nøkkelen til kunnskapsutvikling er den dialektiske tenkinga som overstig kontradiksjonane i

røyndomen (Glosvik, 2007). Nonaka oppfattar kunnskap som noko relativt, sosialt og dynamisk. Kunnskap vert stadig endra i fellesskapa mellom menneske. Nonaka set utvikling og spreing av kunnskap inn i følgande modell:

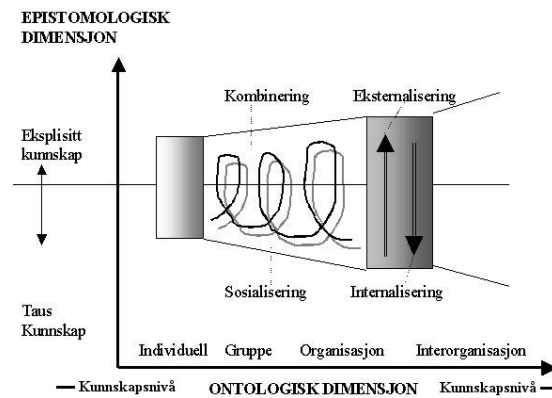


Tabell 5.1: Nonakas oversyn over fire modus for kunnskapsutvikling (1994)

Som tabellen syner, talar Nonaka (1994) og Nonaka og Takeuchi (1995) om læring som fire prosessar:

1. Sosialisering, som inneber spreing av implisitt (taus) kunnskap til fleire personar.
2. Eksternalisering, som inneber artikulering av implisitt kunnskap.
3. Internalisering, som inneber å ta til seg eksplisitt kunnskap og gjere den til sin eigen
4. Kombinering, som inneber at eksplisitt kunnskap vidareutviklast.

Modellen byggjer på to dimensjonar, den ontologiske som seier kven som er den lærande eininga, og den episomologiske som seier om kunnskapen er taus eller eksplisitt. Nonaka introduserer også omgrepet *redundans*. Dette karakteriserer han som medviten overlapping av informasjon og aktivitetar mellom aktørar i ein organisasjon, eit system eller ein relasjon. Dette åpnar opp for innsyn i andre sine kunnskapsområder. Parallelllegging av aktivitetar og kommunikasjon mellom desse er eksempel på korleis grupper med delvis ulik kompetanse kan dele kunnskap. (Nonaka og Takeuchi, 1995)



Figur 5.1 Kunnskapsutviklingsspiralen (Nonaka og Takeuchi, 1995)

I omgrepet sosialisering legg Nonaka deling av taus kunnskap, dvs kunnskap ein får ved å høyre til i ein bestemt sosiokulturell kontekst. Omgrepet kombinerings står for verbal kommunikasjon. Internalisering er verbal kunnskap som går over til felles taus kunnskap. Dette er kunnskap som har vorte ein del av den sosiokulturelle konteksten, ein veit ikkje lenger kvifor ein veit. Eksternalisering er prosessen kor taus kunnskap vert uttala. Hovudbodskapet frå Nonaka er at dette er ein spiral kor prosessen bak desse omgrepa spelar saman, det er ikkje adskilde prosessar. (Nonaka og Takeuchi, 1995:73). Eg kjema attende til dette perspektivet i avslutninga.

5.3 Strands kontekstperspektiv på leiing

Leiinga både i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta si merksemd mot samhandling har truleg stor tyding for kva slags resultat som oppnåast på dette området. I NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt* blir det sagt at:

« God ledelse kan inspirere medarbeiderne til å bidra til å utvikle virksomheten i retning av er effektiv og formålstjenlig ressursutnyttelse. Ledelsesoppmerksomhet mot samhandling innebærer vanligvis at samhandling tas med i oppgaveformuleringer, i krav til rapportering og i oppfølgingen av oppnådde resultater. Samhandling må sees på som en nødvendig del av helsetjenestens oppgaver og må derfor også være gjenstand for ordinær ledelsesoppmerksomhet, f.eks gjennom virksomhetsrapportering, styring og kontroll. (s.107)

Vidare peikar utvalet på at ansvar for samhandling må forankrast og tydeleggjerast i alle ledd. Det må starte med krav til samhandling i føretak og i kommunehelsetenesta frå eigarnivå. Krava til samhandling må vere forankra i leiing heilt ned til leiing av den

enkelte tenesteutøvar. God samhandlingspraksiskrev at det vert arbeidd med leiarrollene og leiingspraksis og at verksemdene systematisk arbeider med å utvikle kompetanse som understøttar samhandling. Utvalet meiner det byr på utfordringar å gjennomføre målretta og effektive tiltak på leiingsområdet. Det er utvalget si meining at risikoen for at dette sjåast på som bortkasta ressursar er særleg stor dersom strategiar og tiltak blir gjennomført ovanfrå. Mogelegheitene for suksess vil vere langt større dersom tiltaka kan komme av erkjenning og analysar i dei faglege miljøa.

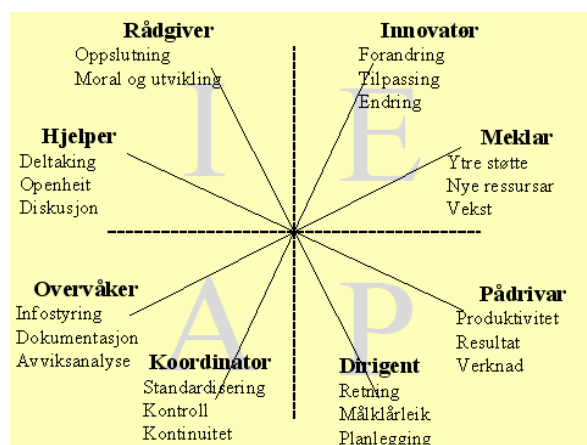
I det følgjande vil eg relatere Torodd Strand (2007) sin kontekstmodell for leiarfunksjonar for å kaste lys over spørsmålet om korleis sjukepleieleiarar i spesialisthelsetenesta og kommunehelse-tenesta kan arbeide med å overføre kunnskap mellom nivåa. Eg vil vidare knyte Strand sin modell til omgrepa kunnskapsleiing og forbettringskunnskap.

Strand seier at organisasjonstypar og leiingsoppgåver kan delast inn i fire funksjonelle område, og at leiing kan målast mot ivaretakinga av organisasjonenens behov på desse fire områda:

«Produksjon: å sette mål og drive fram resultater. Administrasjon: å nytte systemer og strukturer til å utvikle dem. Integrasjon: å skape felles oppfatninger og styrke medlemmenes tilknytning til organisasjonen. Entreprenørskap: å forholde seg aktivt til omverdenen, utnytte muligheter og avverge trusler « (Strand 2007:433)

Strand illustrerer dei fire funksjonelle leiarområda i ein modell der han også skisserer korleis ulike leiarroller kan gi meining i det dei fyller dei ulike funksjonane i ein organisasjon:

Figur 5.2: Dei fire funksjonelle områda og tilhøyrande leiarroller (Strand 2007)



Strand meiner at modellen har støtte i generell teori, at den er pedagogisk og oversikteleg og at den gjev eksplisitt dei verdiar og utfordringar som leiarar truleg må forhalde seg til. Dei variantane Strand brukar er vesentleg inspirert av av Robert Quinn (1988) og Kim Kameron. Sjølve PAIE- terma er lånt frå Isac Adizes (1980) (Strand 2007 s. 434).

For å forstå mellomleiarane i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta sine oppgåver og utfordringar når det gjeld å yte heilskaplege tenester av høg fagleg kvalitet, tek eg utgangspunkt i Strand (2001:9-11) sin påstand om at leiing best kan forståast i ein sammenheng: *«ingen teori kan påberope seg å være teorien om ledelse»*. Eit godt utgangspunkt er at leiing er å sørge for at viktige oppgåver i ein organisasjon vert utførte, og at forståinga av dette ansvaret vil variere, t.d. med organisasjonstype, kultur, sektor og situasjon. Leiarane er både rasjonelle aktørar som handlar, samstundes som dei har ei symbolsk rolle, der dei «er» noko for organisasjonen.

For leiarane i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er rammene ulike. Dette er eit viktig perspektiv å ha med seg. Leiarane i kommunehelsetenesta leiar ei svært samansett teneste. Samla skal dei ta seg av ei rekkje funksjonar som strekkjer seg frå relativt omfattande helsetenester som oppfølging av kreftpasientar, smertelindring og t.d. dialysebehandling. Sidan 1990 talet har det vore ein klar vekst i antalet brukarar av kommunale pleie- og omsorgstenester. Spesielt har talet som får heimesjukepleie auka. Parallelt med nedbygging av aldersheimar har også talet plassar i omsorgsbustader og bustader med tilsyn auka kraftig. Det samla talet plassar i alders- og sjukeheimar har difor gått ned dei siste åra. Dette stiller høgare krav til kvaliteten på tenestene som skal ytast. Fagkunnskap hos dei tilsette er ein viktig faktor. I primærhelsetenesta har det vore vanskelegare å rekruttere sjukepleiarar enn i spesialisthelsetenesta. I primærhelsetenesta er det difor ein relativt høg del tilsette som er ufaglærte. I mangel av sjukepleiarar ser vi at kommunane tilset vernepleiarar og omsorgsarbeidarar. Dette skapar igjen utfordringar for leiarar som skal disponere tilsette med rett kunnskap på rett plass innanfor eit felt der mange av oppgåvene gjennom lover- og reglar legg bestemte oppgåver til bestemte profesjonar og yrkesutøvarar. I spesialisthelsetenesta er forholda annleis. Leiarane her disponerer medarbeidarar med sjukepleie- og hjelpepleieautorisasjon. Det er ingen ufaglærte med tilsetjingsforhold i sjukehusavdelingar.

Organisasjonar som sjukehus vert ofte kalla for fagbyråkrati eller ekspertorganisasjonar. Mintzberg (1993) trekkjer fram fagbyråkrati som kjenneteikn ved sjukehus fordi dei er komplekse organisasjonar både i høve mål og oppgaver.

Strand kallar også sjukehus for ein ekspertorganisasjon der konkurransevilje og produktivitet er typiske kjenneteikn. Leiarrolla i ekspertorganisasjonen er etter Strand (2001) tradisjonelt nært knytt til rolla som fagkyndig. Han trekk fram at i sjukehus er det den faglege kompetansen, erfaringar og repekten for fagleg dugleik som har gjeve leiinga autoritet og legitimitet. For leiarane i spesialisthelsetenesta er forholda enklare enn for leiarane i primærhelsetenesta i høve å disponere rett kunnskap på rett plass.

5.4 Leiingsperspektiv og kunnskapsformer

Eg vil i det vidare ta utgangspunkt i Strands fire funksjonsområde når eg drøftar korleis vi med utgangspunkt i spørsmålet om sjukepleieleiing kan forstå samanhandlingsvanskar mellom nivåa som kunnskapsproblem.

Kunnskapsformer når vi legg vekt på produsentfunksjonen

Strand (2007:436) seier det er rimeleg å oppfatte organisasjonar som produserande og mål oppfyllynde mekanismar som må inngå i eit utvekslingsforhold med omverda. Vidare seier han at leiing kan påverke mål og effektivitet, ha kontroll og haldast ansvarleg. Det vert venta av leiarar at dei innrettar verksemda si mot mål. Dei oppfyller produsentfunksjonen. Det vert leiarane sitt ansvar å forankre ansvaret for kunnskapsformidling mellom nivåa mellom sine tilsette. Ein kan seie at leiarane står ansvaelege for *produksjonen og formidlinga av kunnskap* mellom nivåa. Leiarane forvaltar ressursar . I kontekstperspektivet til Strand vert produsentleiarar kalla pådrivaren og dirigenten. Rollene er knytte til prestasjonar og resultat. Pådrivaren skal handtere tidsfristar og stress, dirigenten skal motivere andre og leggje planer og mål.

Knytt til spørsmålet om kunnskap og samhandling kan ein tenke seg at eit viktig produsentspørsmål vert korleis ein forvaltar kunnskapen tilsette på dei ulike nivåa har om pasientane. Dersom ein pasient frå kommunehelsetenesta med td. hjelp frå heimesjukepleien vert innlagt i ei sjukehusavdeling, vil tilsette i vedkommande pasient sitt hjelpeapparat ha viktig kunnskap om denne pasienten. Sett frå eit produsentperspektiv er det viktig at denne kunnskapen vert formidla til sjukehusavdelinga. Dette høyrer gjerne både enkelt og banalt ut, men røyndomen er ein annan. Ofte klagar spesialisthelsetenesta på mangelfulle og ufullstendige tilvisingar når pasientar kjem til sjukehuset. Det kan mangle pleieskriv, der viktig informasjon om pasienten sine funksjonar, tilleggssjukdommar, medisinar m.m. kunne gjeve eit raskt og oversiktleg bilete av pasienten. Når denne typen informasjon manglar, kan viktig

kunnskap om pasienten førebels gå tapt og ein mistar tid i høve å sette i verk rett behandling til rett tid.

James Batalden (1992) introduserte omgrepet kliniske mikrosystem. Med dette meinte han den delen av helsetenesta som direkte omfattar pasientane. Dette er stadender pasientar og helsepersonell møtest, til dømes i ei sjukehusavdeling. Det kliniske mikrosystemet består av ei gruppe gjensidig avhengige menneske som møtast for å oppnå eit felles mål, med pasienten i fokus. Pasientar kan ta del i fleire ulike mikrosystem samstundes. Pasienten som vert innlagt i sjukehus frå kommunehelsetenesta vil til dømes ha tilhøyrsløse både i kommunehelsetenesta og i spesialisthelsetenesta. Eit klinisk mikrosystem er ikke det same som eit team. Kliniske mikrosystem inkluderer deltakarar, informasjon, teknologi og arbeidet som utførast. (McInnis 2006, Nelson, Batalden og Godfrey 2007) Helsevesenet kan forståast som eit sett av slike mikrosystem. Batalden hevdar at det er på mikronivå læring finn stad.

Cato Wadel (2002) snakkar m.a. om læringsforhold. Wadel seier at hensikta med omgrepet er å fange inn det ein stadig lærer av kvarandre og at dette inneber ei kobling av læringsåtfærd.. Sett i forhold til leiarane både i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta kan altså sjølv møtet om pasientar definerast som eit læringstilhøve der ein systematisk kan lære av kvarandre. Utveksling av kunnskap mellom spesialist- og kommunehelsetenesta om konkrete pasientar kan slik sett vere ein måte å drive organisasjonslæring. Kravet er at leiarane oppfattar slik samhandling som eit læringsforhold og at det er på eit slikt mikronivå dei tilsette faktisk lærer.

Kunnskapsformer når vi legg vekt på administratorfunksjonen

Administrasjon handlar om både å drive, endre og utforme system som verkar åtfærd-regulerande i organisasjonen. Omgrepet kontroll er sentralt i denne samanhengen. Rollene Strand nemner innanfor denne funksjonen er *overvakaren* og *koordinatoren*.

Det er fleire lover som regulerer samhandling mellom nivåa. Krava i dei nye helselovene om pasientansvarleg lege på sjukehus, individuelle planar for pasientar med kroniske og samansette helseproblem og plikta som spesialisthelsetenesta har til å rettleie kommunehelsetenesta er sentrale, relativt nye lovverk som gjeld samhandling mellom nivåa. Kravet om individuelle planar er heimla både i lov om pasientrettar, spesialisthelsetenestelova og kommunehelsetenestelova. Plikta gjeld difor både for kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta i fellesskap. Helsetenestene må også samarbeide med andre tenesteyterar utanfor helsetenesta, til dømes sosialtenesta eller skule om planen for å sikre eit heilskapleg tilbod til pasientane.

Rettleiingsplikta som helsepersonell i spesialisthelsetenesta har fått i høve kommunehelsetenesta er absolutt. Det vil seie at rettleiinga skal gjevast av eige tiltak eller etter førespurnad når kommunehelsetenesta har behov for slik rettleiing for å kunne løyse oppgåvene som lova pålegg dei. Ressursmangel eller stor arbeidsbelastning kan ikkje brukast som grunn for at spesialisthelsetenesta ikkje oppfyller plikta si. Rettleiingsplikta omfattar både undersøking, behandling, pleie, omsorg og rehabilitering av pasientar.

I mi avdeling har dette vore arbeidd mykje med. Som døme kan eg trekkje fram alvorleg kreftsjuk pasient med ynskje om å få komme heim og døy i heimen. Pasienten har ei samansett sjukehistorie med behov for kontinuerleg smertelindring og komplisert sårstell. Heimetenesta ser dette som ei stor utfordring, dei har knappe ressursar og ikkje faglært personell på alle vakter. Likevel ynskjer dei å yte den hjelp og støtte pasienten treng for å få ein verdig avslutning på livet i eigen heim.

Kontaktsjukepleiar i avdelinga mi reiser heim saman med pasienten. På førehand er det ordna med nødvendige hjelpemidlar i heimen i samarbeid med heimetenesta. Heime hos pasienten møter kontaktsjukepleiar pårørande, leiar for heimetenesta, fastlege og eit utvalg av tilsette i tenesta. Kontaktsjukepleiar går så igjennom nødvendige prosedyrer og metodar for å sikre at pasienten får rett behandling. Ofte vert også pårørande lært opp i enklare prosedyrer.

Dømet syner at det er mogeleg å overføre formell kunnskap på ein systematisk og koordinert måte mellom nivåa. Det som er rutine ved sjukehusavdelinga vert overført gjennom ein prosess som nærmast liknar på undervisning. Kontaktsjukepleiaren fungerer som lærar, der den kvardagen for spesialist- og kommunehelsetenesta er klasserommet.

Dømet ovanfor er ei suksesshistorie for oss, men det ikkje alltid slik. Forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandla pasientar av 16. desember 1998 krev også god samhandling, men a omfattar berre pasientar i somatiske sjukehus. Føremålet med ordninga om betalingsplikt er å medverke til betre ressursutnytting i helsesektoren ved å stimulere til reduksjon av antal liggedøgn for utskrivingsklare pasientar i sjukehus. (NOU 2005:3). Døgnprisen er pr i dag ca 1600 kr. Kommunane betaler ein døgnpris på 1600 kr dersom pasienten vert liggjande 12 dagar på sjukehuset etter at han er definert som utskrivingsklar. Kommunehelsetenesta oppfatar ofte denne ordninga som urimeleg. Kommunane har ikkje same mogelegheit til å påføre dei regionale helseforetaka ein kostnad. Samstundes kan spesialisthelsetenesta hevde at kommunane

spekulerer i denne ordninga ved til dømes å gje ein pasient eit tenestetilbod etter elleve dagar.

Dette er ikkje ei ordning som skapar grobotn for godt samarbeid og likeverdige forhold. Sjølv om spesialisthelsetenesta oppfattar ordninga som rasjonell, er det døme på korleis administrative system som er meint å fungere åtferdsregularande kan den skape dysfunksjonalitet (Crozier 1964) mellom nivåa.

Kunnskapsformer når vi legg vekt på integratorfunksjonen

Denne funksjonen handlar om å bygge fellesskap. Dei leiarrollene som passar inn kallar Strand «*retteleiaren*» og «*hjelparen*» som driv motivasjon og menneskelig utvikling mellom sine tilsette.

Strand seier at organisasjonar kan oppfattast som ei samling menneske som ynskjer å arbeide saman, eit sosialt kollektiv. Samarbeidet er ikkje uproblematisk, det byr på betydelege tekniske, mellommenneskelege og politisk utfordringar. Organisasjonar treng integrasjon gjennom sosiale mekanismar og ei leiing som er oppteken av deltaking, identitet, oppslutnad, moral, utvikling og konfliktløysing. Ordet *integer* tyder heil. Strand seier at å ha integritet tyder å vere heil, redeleg, uavhengig og konsistent. Integrasjon kan såleis oppfattast som ein god og legitim tilstand, men også noko som leiinga ynskjer å oppnå for bestemte føremål. (Strand 2007:483)

Fleire teknikkar og tilnærmingar kan nyttast for å styrke integrasjonsfunksjonen. Viktige faktorar vil vere arbeid for felles kultur, velferdsordningar, integrering av arbeidslag, lagbygging, miljøarbeid og konflikthandtering. I alle desse tiltaka vil leiaren ha sentrale funksjonar, både som instrumentell kraft og symbol på at fellesskapet og dei einskilde individa er viktige.

Diskusjonar om kva nivå som har ansvar for ulike oppgåver og val av samarbeidsmodellar pågår ofte mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Wisløffutvalet foreslår då også å pålegge kommunar og foretak ei gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtalar med sikte på å oppnå meir heilskapleg pasientbehandling. Det er ei utfordring å få til god dialog og ein avgjerdsprosess som tek omsyn til endringane i fordeling av ansvar og oppgåver mellom nivåa. Her kan leiarane ha ei viktig oppgåve og utfordring knytt til det å skape ei haldning der medarbeidarane opplever å vere kunnskapsarbeidarar på tvers av nivåa og ikkje samlebands-medarbeidarar internt i avdelingar.

Leiarane vil generelt truleg vere sentrale i arbeidet med å utvikle prosessar som verkar samlande, utviklande og fører til læring og utvikling. Argyris og Schön (1996:22) kallar overflatiske, kulturelle endringar i såkalla endringsprosessar for «enkeltkretslæring», som er statisk og stabiliserande. Dersom ein skal oppnå verkelege endringar, seier dei, må det «dobbelkretslæring» til. Ei slik læring er prega av refleksjon, som er avhengig av at den einskilde har eit tilhøve til sine egne verdiar, som igjen er styrande for handlingane.

Det er grunn til å tru at den som er fagleg leiar må ha kunnskap og fokus på det som er sjukepleiens spesielle fokus og kunnskapsgrunnlag. Vedkommande må bidra til at det til ei kvar tid er den rette kompetansen til det nivået eller det behovet av sjukepleie som pasienten treng. Dette krev igjen kunnskap om den enkelte medarbeidar sin kunnskap. Holter (2006) seier at det å vere ein god leiar i eit moderne helsevesen handlar mykje om forvandlande og effektivt leiarskap. Vidare seier ho at for leiarar som ynskjer å vere innovatørar og entreprenørar vert det viktig å ha klare visjonar for sine egne og medarbeidarane sine faglege mål. Ein god leiar under integratorfunksjonen må vere inspirerande i måten vedkommande motiverer medarbeidarane sine på. Det vert viktig å syte for fagleg stimulans og å vise omtanke for den einskilde medarbeidar. Den gode leiaren klarer å sjå den andre samstundes som det vert stilt krav til effektivitet og kvalitetssikra system og prosedyrer seier Holter. Sagt på ein annan måte kan vi oppfatte spørsmålet om integrasjon og kunnskap som graden av motivasjon, støtte og bygging av haldningar mellom medarbeidarane til å søkje ny kunnskap på tvers av nivåa.

Eg har høyrte helsepersonell i kommunane seie: « Dei på sjukehuset forstår ikkje korleis vi arbeider.» Kjennskap til kvarandre sin kvardag og røyndom vert såleis truleg viktig. Eg trur nivåa i sterkare grad enn no må kjenne til kvarandres organisasjonar, fagleg kompetanse og handlingsrom. Veit vi korleis kvaradagen artar seg i den kommunale sjukeheimen? Forstått i eit integrasjonsperspektiv er respekt og kjennskap til samarbeidspartnarane er truleg ein føresetnad for at gjensidige læringsprosessar skal finne stad.

Hospiteringsordningar kan vere ei løysing. Det er td. ikkje uvanleg at helsepersonell frå kommunehelsetenesta hospiterer i spesialisthelsetenesta, men hospiteringa burde i mykje sterkare grad gå begge vega. Dette er noko leiarar kunne ta tak i gjennom ressursallokering.

I eit intergrasjonsperspektiv er det også truleg viktig å ha faste møtestader. Faste strukturar for samhandling og system som er forankra i organisasjonane kan vere avgjerande for å oppretthalde samhandling over tid. Arenaer for utøvande

helsepersonell frå begge niva er også eit mål for at samarbeidet om og med pasientane skal fungere. Mange stader i landet er det etablert ordningar med såkalla praksiskonsulentar (PKO). Ordninga har blant anna som mål å forbetre rutinene i arbeidet for pasientar med behov for hjelp både frå kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Den skal leggje til rette for god funksjonsfordeling, koordinerte pasientforløp, enkel og arbeidssparande informasjonsoverføring og teamarbeid. I første rekkje har det vore legar som har vore i PKO. Det spørst om ikkje tida er moden for at også sjukepleiarar vert ein del av PKO.

Kunnskapsformer når vi legg vekt på entreprenørfunksjonen

Strand (2007:504) seier at entreprenørfunksjonen handlar om å meistre skiftande miljø og å utnytte mogelegheiter. Vidare seier han at å skape visjonar og forfølge dei gjennom strategisk leiing og kreative løysingar vert sett på som entreprenøren si hovuddoppgåve.. Entreprenørane utfordrar omverda, dei har eit aktivt forhold til risiko, og dei gjer ikkje alltid det som organisasjonen forventar.

Leiarrollene i denne funksjonen kan kallas meglarar eller innovatørar. Viktige stikkord er strategi, kjernekompetanse og innovasjon. Dei fleste organisasjonar og leiarar vil hevde at dei driv strategisk leiing og har langtidsplaner. Slik er det også i helsevesenet. Jakobsen (2005:113) peikar på at også leiarar i sjukepleietenesta har ein visjon. Denne visjonen må dei kunne dele med medarbeidarane.

Dette kan til dømes handle om å ta inn over seg ny kunnskap. For moderne sjukepleieleiarar omfattar dette å støtte produksjonen av ny kunnskap. Denne kunnskapen må brukast på ein aktiv måte og oppdaterast kontinuerleg. Resultata må vidare kommuniserast til publikum og politikarar. Sagt på ein annan måte: Ein viktig del av entreprenørfunksjonen for sjukepleieleiarar er å vere oppteken av ny, relevant forskning.

Det er likevel ikkje sikkert at det berre er klinisk eller medisinsk forskning ein bør vere oppteken av. I dagens helseteneste kan ein nytte omgrep som «vinnarar og taparar». Konkurransperspektivet er for lengst integrert i helsevesenet. Det finst tallause private aktørar og fritt sjukehusval er ein realitet. Holter (2006) trur vinnaren i helsevesenet vil vere organisasjonar med eit sterkt pasientfokus. Det vil seie organisasjonar der pasientane sine behov er utgangspunkt for all behandling og kjernen i all pleie. I desse organisasjonane er organiseringa retta mot dei oppgåver som skal løysast. Her skapast vinnarteam heller enn enkeltvinnarar. Holter hevdar at dette er organisasjonar som har leiarar som veit at menneskeleg kompetanse er den

viktigaste konkurransefaktoren i helsetenesta i dag..Desse leiarane ser at kompetanse ikkje berre er profesjonell kunnskap og praktisk erfaring, men at kunnskap også er å utvikle gode relasjonar til andre menneske, å kunne gje og motta tillit.

Jakobsen (2005:153) seier det er viktig å rette blikket framover og stille spørsmål om korleis leiarar og medarbeidarar kan forme si framtid. Det dreier seg om å sjå alternative løysingar og velje handlingar som er framtidsretta, det vil seie at leiarar bør ha ei proaktiv åtferd. Krogh (2006) seier at personalet i sjukepleietenesta er pressa mellom effektivitets- og kvalitetskrav og mangel på personell. Det er difor lett å hamne i ein leiartilstand der brannsløkking og konfliktløysing pregar kvardagen. Men kor er dei langsiktige løysingane? Ho seierat verken i utdanningssystemet eller i avdelingane er kreativitet eit daglegdags ord. Sjølv i ein «alvorleg bransje» som sjukepleietenesta, er rom for nytenking ikkje berre ynskjeleg, men også naudsynt.

Demografiske framskrivingar viser at framtidens brukarar av helsetenesta vil verte fleire.(St.mld. Nr 25) Morgondagens brukarar vil ha andre behov og problem enn dagens tenestemottakarar, men også andre ressursar til å meistre dei. Dei eldre vil i framtida vere endå meir ressurssterke og ha betre helse enn dagens eldre. I større grad vil dei også vere vandt til, og forventar, å kunne bestemme over eige tilvære.Dette er konsekvensar som dagens helseteneste og leiarar må førebu.

Eit integrert perspektiv på leiing og kunnskapsutvikling?

Eg har her i dette arbeidet forsøkt å gje eit kortfatta inntrykk av kva som kan vere måtar å forstå sjukepleieleiing som ei kunnskapsutfordring på tvers av spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta sine. I avslutninga vil eg no kople saman Nonaka og Takeuchi sitt perspektiv på kunnskapsutvikling i organisasjonar med Strand sitt omgrepsapparat for å syne korleis kunnskapsleiing på tvers av nivåa kan forståast.

Eg spør her om produsentfunksjonen til Strand bør knytast til omgrepet kombinerer i Nonaka og Takeuchi sin modell. Dette vil i praksis kunne tyde at leiarar fokuserer på at det er mogeleg å kombinere eksisterande kunnskap som finnst både i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta når helsetenester vert produserte for den einskilde pasienten.

		Frå/Til	
		Taus	Eksplisitt
Frå/Til	Taus	I	E
	Eksplisitt	A	p

Tabell 5.2 Nonaka og Takeuchi knytt til Strands perspektiv på leiing

Vidare spør eg om administratorfunksjonen kan knytast til den kunnskasprosessen som ver kalla internalisering. I praksis kan vi tale om formelle system – gjerne systematiske opplærings- eller kunnskapsforvaltningssystem som vert tekne for gitt og aldri utfordra. Slike system kan vere både gode og dårlege. Vi kan tale om gode gode og systematiske opplærings- eller kunnskapsoverføringssystem, eller om uønska tilpassningar mellom nivåa som vi ikkje talar om.

Integratorfunksjonen liknar eg her med sosialisering som læringsprosess. Sosialisering inneber at om taus kunnskap skapt gjennom erfaring vert overført til andre. Her kan vi spørje om det eksisterer kulturelle haldningar og trekk i vår eigen sjukepleieprofesjon som gjer at vi opprettheld og forsterkar blindfelt som faktisk ikkje er til pasientane våre sin fordel. Sosialisering kan vere ein kunnskasprosess som gjer at vi, sjukepleielearane, opprettheld kommunikasjonsvanskane mellom nivåa.

Eksternalisering inneber å setje ord på erfaringar og å spreie desse. Eg spør om denne kunnskasprosessen kan fungere som ein slags entreprenørfunksjon. I så fall kan vi som sender pasientar att og fram mellom nivåa utvikle ny kunnskap ved å analysere våre egne erfaringar og på denne måten optimalisere samhanling til beste for pasienten.

Slik sett er vil mi leiting etter erfaringar mellom leiarkolleagaene mine vere ein del av ein eksternaliseringsprosessen i min eigen organisasjon og profesjon.

Margunn Thue:

6. Leiarutfordringar i to-nivåkommunen

Svært mange kommunar har etterkvart innført det som vert kalla to-nivåløysingar. Konkret inneber dette at ein kommune vert organisert med ei rekkje einingar direkte under rådmannen. Etatar eller avdelingar forsvinn og vert erstatta med drifts-, teneste- eller resultateiningar. Kvar skule, aldersheim eller barnehage kan t.d. vere ei slik resultateining.

Målet med innføringa av to – nivåmodellen er å få ein flatare organisasjonsstruktur enn det ein etatsmodell gir. To - nivåmodellen gir ein reduksjon av leiarnivå ved at ein delegerer driftsmynde frå administrasjonen til tenestenivåa. Resultateiningane får mynde til sjølve å styre økonomien og dei har personalansvar i tillegg til å utforme tenesteytinga. Ein har etter denne modellen direkte line mellom toppleiinga i kommunen og leiar for dei ulike tenesteområda. Organisasjonstrukturen blir meir spesialisert og talet på administrative einingar som rapporterer direkte til rådmannen aukar.

I mange tonivå-kommunar har organisasjonsendringa medført ei vidare oppdeling av ansvar og mynde nedover i organisasjonen. Pleie- og omsorgstenesta er ofte organisert med ein tenesteleiar som øvste leiar med gruppeleiarar for dei ulike avdelingane under seg. Tenesteleiarane har totalansvar for innhaldet i tenesta for brukarar og tilsette. Gruppeleiarane har eit avgrensa ansvar i forhold til brukarane og dei tilsette innanfor si gruppe. Dei har ansvar for å tilrettelegge tilbodet for den einskilde brukar og dei har personalansvar for tilsette på si avdeling eller gruppe. Tal personar dei har ansvar for vil variere etter størrelsen på einingane dei er tilsette i.

Denne teksten rettar søkelys på korleis vi teoretisk kan forstå sambandet mellom tenesteleiarar som har iverksett den reforma vi kallar overgang til to-nivåkommunen, og deltaking og medverknad frå dei tilsette si side i dei organisatoriske utviklings- og endringsprosessar overgangen medfører.

6.1 Perspektiv på leiarrolla i endringsarbeidet

Som leiarar i offentleg sektor må vi forholde oss til endringsprosessar. Modernisering av offentleg sektor har pågått med særleg styrke dei siste 25 åra. Dette har vore eit prioritert område for styresmaktene uavhengig av politisk ståstad og det er iverksett ei rekke tiltak retta mot kommunane for å stimulere til dette. Denne utviklinga kan knytast

til ein internasjonal trend som vert omtala som New Public Management (NPM). NPM er eit samleomgrep for trendar og reformer i offentleg sektor som mellom anna bygger på nyliberalistisk ideologi. NPM har sitt utspring i den anglosaksiske verda, og bakgrunnen var mellom anna eit ønske om nedbygging av offentleg sektor, fristilling og privatisering, men byggjer også på idear om verdien av individuell fridom som grunnlag for organisering av offentlege tenester.

Ser ein på den omstillinga som er gjort i dei kommunane som har innført to - nivåmodellen er det grunn til å tru at innverknad og mynde vert desentralisert nedover i organisasjonen. Ein oppnår ei nedbygging av det administrative nivået og makta vert fordelt ut til dei som står nær brukarane av tenesta. Dette er i alle fall ideen. Ein annan måte å forklare NPM på har Klausen (2001) presentert. Han presenterer NPM som to søyler, ei økonomisk marknadsorientert søyle og ei søyle med fokus på organisasjonen og leiinga. I den første søyla inngår ulike tiltak som privatisering/konkurransetsetjing, kontraktsstyring, frie brukarval, etc. I den andre søyla inngår idear om entreprenøraktig leiing, strategisk leiing, teamleiing, etc. Samla kan ein seie at NPM-orienterte reformer har sitt fokus på brukarmedverknad, konkurranse, spreining av makt i organisasjonen og leiings- og organisasjonsutvikling.

Leiarrolla vert i fleire studier trekt fram som viktig for korleis medarbeidarane meistarar ei omstilling. Saksvik og Tvedt (2007) viser til funn i sine studier at ein synleg leiar er viktig med omsyn til dialog og informasjonsutveksling. Ved å vere tilstades og ikkje trekke seg unna, kan leiarar få innsikt i korleis dei tilsette opplever endringsprosessen. Dette tolkar dei som essensen i det som Arbeidsmiljølova stiller som krav til informasjon.

Elvekrok (2006) har i si doktoravhandling studert korleis medverknad frå arbeidstakarar påverkar endringsprosessar. Eg vel å nytte same definisjon av medverknad som ho legg til grunn i sitt arbeid:

”som ein situasjon der individ som befinn seg på ulike hierarkiske nivå, har innflytelse på ein beslutning.” (Elvekrok 2006:45)

Elvekrok måler medverknad gjennom fire dimensjonar: involvering, prosess, representasjon og innflytelse. Ho har sett på korleis medarbeidarane sine bidrag er blitt handsama i organisasjonen. Det er forskjell på om forslaga er blitt tatt på alvor ved at dei gjev konsekvensar for utfallet av sjølve endringsarbeidet, eller om medarbeidarane berre er blitt informert. Det å motta informasjon gjev lågaste grad av innflytelse, hevdar Elvekrok. Vidare seier ho at i endringsprosessar er det ikkje uvanleg å komme opp i

konfliktsituasjonar, det kan vera usemje om både målet og vegen mot målet. Dette kan føre til ulike reaksjonar hjå dei tilsette - omstilling kan føre med seg ei kjensle av frykt og sorg. Frykt for det som skal komme og sorg for å miste det kjende. Det er grunn til å tru at det kan vere nyttig for leiarar å kjenne til eller vere førebudd på slike reaksjonar. Uvisse og utryggeleik kan skape stress og motstand mot endringa. I startfasen av endringsarbeidet vil eg tru at det kan vere viktig å nytte mykje tid til informasjon og opne opp for medverknad frå dei tilsette. Dersom Elvekrok har rett, er det essensielt for å få oppfylt målsetjinga med endringsarbeidet at dei tilsette er motiverte for å gjennomføre endringa og få endringa implementert i organisasjonen.

Saksvik og Tvedt (2007) hevdar at gjennom å skape eit klima for gjensidig respekt, samarbeid og dialog kan ein finne løysingar på usemje knytt til omstilling. Vidare hevdar dei at konflikthandtering er eit sentralt element i det som lovverket definerer som medverknad. Reell medverknad vert ikkje oppnådd utan god konflikthandtering, aktiv involvering og positiv dialog. Levin og Klev (2002) hevdar at organisasjonsutvikling krev leiing, og at det ikkje er nokon motsetnad mellom medverknadsbaserte utviklingsprosessar og leiing. At tilsette medverkar betyr ikkje at anarkiet herskar. Elvekrok (2006) finn i sitt studie at medverknad påverkar utfallet av endringsarbeidet på lang sikt. Dersom medarbeidarane sine innspel vert tekne på alvor, og dersom innspela får konsekvensar for utfallet av prosessen, vil det styrke organisasjonen. Dette vil ha særleg ha betydning for tilliten til leiinga.

Sæther har intervjuet sjukepleiarar i sjukehus og kommunehelsetenesta om endringsprosessar¹⁷. Gjennom intervju med sjukepleiarar som har vore involvert i forholdsvis omfattande endringsprosessar finn ho at endringar ikkje må skje i lukka prosessar. Omstillingar vert vanskeleggjort når dei involverte partane ikkje har høve til å delta i planleggingsfasen. Vidare hevdar ho at det er viktig at informasjon vert gjeve i rimeleg tid, viss ikkje vil det få konsekvensar som aukar uvissa og at heile omstillinga vert vanskelegare. Ho stiller også spørsmål om leiinga i det heile er klar over kva omstillingar medfører og kva førebuingar som faktisk må gjerast. Dette gjeld spesielt på informasjons- og motivasjonsarbeidet i høve til personalgruppa. Sæther hevdar at problem med å tilpasse seg strukturelle endringar etter all sannsynlegheit har samband med at dei tilsette blir utestengt frå planleggingsprosessen.

Sennet (2001) peikar på at som arbeidstakarar i det han kallar den moderne kapitalismen er det venta at vi skal kunne omstille oss raskt etter verksemda sine skiftande behov. Han stiller spørsmål om kor fleksible vi kan vere og kva kravet om

¹⁷ Sykepleien nr 2./2002).

fleksibilitet gjer med oss menneske. Han seier vidare at kravet om fleksibilitet fører til sjølvforvitring. Vidare hevdar han at deltaking i eit stabilt fellesskap - å kunne noko og å motta respekt for dette samt å ha yrkesstoltheit, er viktig for å bygge karakterstyrke. Sennet sitt syn er at også utfordringane om endring og tilpassing til nye arbeidsformer vil føre til sjølvforvitring. Forutsigbarheita i stabile arbeidsfellesskap og det å vera trygg på eigen kunnskap utgjer ein fast kjerne for arbeidstakarane, og det er dette som gjev den einskilde "karakter". Dersom det stadig vert reist spørsmål om kunnskapen din og om erfaringa di er relevant, vil dette undergrave sjølvkjensla di.

Vi kan spørje om Sennet har eit noko pessimistisk syn på konsekvensane av dei krava som arbeidslivet stiller til einskildindividet. Tek vi utgangspunkt i Levin og Klev (2005), understrekar dei nett individet si rolle i endringsarbeidet. Dei hevdar at individuell utvikling blir ein meningsfull reiskap når ein aktivt legg til rette for at bestemte tilsette tileignar seg bestemte ferdigheiter og innsikt. Leiing vert å sikre at det er merksemd omkring og engasjement for at den einskilde deltek i prosessar som kan bidra til utvikling av lik innsikt. Individida må leiast til å delta i læringsprosessar som gir kunnskap, retning og motivasjon som blir "bygd inn i hodene til folk", seier Levin og Klev (2002:144). Dette vil gje ein langsiktig verknad for å nå organisasjonen sitt mål, hevdar dei. I motsetning til Sennet understrekar Levin og Klev at utvikling av nettopp dei individuelle føresetnadane er ein viktig del av endringsarbeidet.

Andre som og er opptatt av organisasjonsutvikling, t.d. Nonaka (1994) understrekar også det individuelle aspektet. Nonaka hevdar at nye idear må spreia og forsvarast i møtet med medlemmane i organisasjonen. Hustad (1998) seier at organisasjonen må finne det nye "rimeleg", dvs ein sosial avklarings- og spreingsprosess. Dette syner at legitimitet eller aksept for endringar blant dei involverte er ein føresetnad for gjennomføringa av endringsprosessar.

Hennestad og Revang i samarbeid med Strønen understrekar at mange endringsprosjekt ikkje fører fram eller gir eit anna resultat enn det som var meininga. Årsaka til dette er at endringsprosjekt ikkje vert leia. Dei seier at utan "undervegshandtering" er det lett å mislukkast. Dei hevdar at det er mange som undervurderer kor vanskeleg det er å bryte ut av gamle og etablerte mønster. Det er avgjerande at dei involverte ser ein grunn til at gamle mønster skal brytast eller nye arbeidsformer skal etablerast og at endring føreset ei erkjenning av endringsbehov (krise eller visjon). Forfattarane legg hovudvekta på at leiaren skal skape ein ny organisasjonsrøyndom med utgangspunkt i det eksisterande samspelet mellom menneska. Leiaren må vise veg og skape oppslutnad.

For kommunar som skal omstille seg til t.d. til to-nivåmodellen, vil det bety at i startfasen av ein endringsprosess må det vere formulert ei forståing av kva ein vil oppnå, enten for å organisere seg etter ein annan modell for å oppnå eit betre tilbod eller for å oppnå eit betre økonomisk resultat.

Fleire av dei perspektiva og forfattarane eg her syner til framhevar at leiing av endringar er viktig for ikkje å sei avgjerdande for utfallet av den endingsprosessen det er tale om. Dei seier at leiarane må vere synlege, opne opp for innspel og prøver å oppnå dialog tufta på respekt for den einskilde medarbeidar. Startfasen i eit endringsarbeid vil også vere vesentleg for utfallet av prosessen.

6.2 Måtar å forstå endring i organisasjonar

Kvifor vel organisasjonar å gå inn i slike omfattande endringsprosessar som det er tale om her? Røvik (1998) seier ein del om dette når han tek utgangspunkt i omgrepet organisasjonsoppskrift. Han definerer organisasjonsoppskrift slik (1998:13)

”en legitimert oppskrift på hvordan man bør utforme utsnitt eller elementer av en organisasjon. Det er en oppskrift som fenger og som har forbilledlig status”.

Røvik nyttar omgrepet organisasjonsoppskrifter som ei markering for spreining av nye organisasjonsformer. Organisasjonsoppskrifter er ofte generelle og organisasjonen vil søke etter funksjonelle løysingar og tilpassingar slik at den nye oppskrifta passar til organisasjonen. Døme på ei slik oppskrift er innføring av to - nivåmodellen i kommunal sektor. Røvik stiller spørsmål om kvifor og når organisasjonar vert motiverte til å ta inn nye oppskrifter, kva som skjer med oppskrifta inne i organisasjonen og kva som skjer med organisasjonen. Røvik hevdar at det er eit empirisk faktum at ulike organisasjonar kan bli begeistra for og adopterer stort sett dei same ideane og oppskriftene. For dei fleste organisasjonar har dei eit opplevd problembasert utgangspunkt for at adoptering skal kunne skje. Samtidig peikar han på at det er oppskriftene som fenger, dei vert drivne fram fordi dei først og fremst blir oppfatta som gode løysingar for organisasjonen. Dei som fremmar oppskrifta og som har posisjon til å seie kva som er moderne og effektive løysingar, kallar Røvik for ”konseptpromotørene”. Adopteringa må i følge Røvik gjennom tre hovudfasar. Oppskrifta fenger merksemd, det må vere samsvar mellom opplevd behov og begeistring hjå sentrale aktørar og tilslutt er det ei formell avgjerd om adopsjon.

Nadler og Tushman (1990) har utarbeidd ein typologi av organisasjonsendringar. Eit vanleg skille går mellom inkrementelle og strategisk/radikale endringar. Organisasjonsendringar omtala som inkrementelle er kontinuerlege endringar i organisasjonen, ei naturleg utvikling som går over lang tid og som ikkje påverkar den strategiske situasjonen i organisasjonen. Ei strategisk endring skjer når organisasjonen må gjennomgå ei omfattande endring på forholdsvis kort tid. Vanlegvis inneber dette at ein organisasjon endrar måla og strategiane sine. Dette er grunnleggande endringar som får konsekvensar for organisasjonen sitt forhold til omgivnadane. Nadler og Tushman (ibid.) skil mellom proaktive endringar, dvs endringar som organisasjonane sjølv initierer som følgje av forventningar utanfrå, og reaktive endringar som vert sett i verk som følgje av nye krav utanfrå eller press frå interessentane.

Det er grunn til å spørje om innføring av tonivåmodellen kan kallast ein radikal og strategisk endringsprosess fordi den utfordrar organisasjonen som heilskap. Både den strukturelle og den organisatoriske oppbygginga av kommunen vert utfordra. Ved å kombinere dei to dimensjonane proaktiv og reaktiv organisasjonsendring får vi ein typologi som vist i tabellen under.

	Inkrementell	Strategisk
Proaktiv	Harmonisering	Nyorientering
Reaktiv	Tilpassing	Gjenskaping

Tabell 6.1: *Samanheng mellom ulike organisasjonsendringar (Nadler og Tushman 1990)*

Kommunar som innfører tonivåmodellen vel å setje i gang endringar i organisasjonen etter forventingar frå omgjevnadane (nyorientering) eller det kan ha vore etter press frå omgjevnadane (gjenskaping). Nadler og Tushman (1990) viser og til at organisasjonsendringar set ulike krav til leiaråtferd. Desse endrar seg i høve til kvar i prosessen organisasjonen er: initieringsprosessen, energiskapingsprosessen eller implementeringsprosessen.

6.3 Leiarrolla i samband med endringsprosessar

Deltaking i ein endringsprosess vil kunne utfordre rollene til den einskilde i organisasjonen. Dette omfattar avklaring av nye roller, finne sin plass i den nye

organisasjonen og å tileigne seg nye ferdigheiter av faglege, mellommenneskelege og tankemessige karakter. Strand (2007) hevdar at leiaråtferd inneheld to grunndimensjonar:

- grad av menneskeorientering
- grad av saksorientering.

Ulike kombinasjonar av desse gjev leiarstil. Tilpassinga av stilen til medarbeidarane og situasjonen gjev oss situasjonsbestemt leiing. Leiarrollene kan elles etter Strand knytast til fire ulike funksjonar i organisasjonar : produsent, administrator, integrator og entreprenør. Leiingsomgrepet er komplekst og det finst mange definisjonar. Eg tek her Strand sitt utgangspunkt som er at leiing og dei oppgåvene som er knytte til leiing varierer i forhold til konteksten. Strand (2007).

Rettar ein blikket innover i organisasjonen, og spesifikt på endringsprosessar, hevdar Klev og Levin (2002) at leiing er å legge til rette for at medarbeidarane lærer å utvikle seg. Deira hovudpoeng er at å leie er å initiere, gjennomføre og reflektere over organisasjons-utviklingsprosessar (OU-prosessar), på same måte som leiing av OU-prosessar er å ta ansvar for leiing av endringsprosessar. Strand hevdar at gode leiarar oppfyller aktuelle behov i organisasjonen skapar seg grunnlag for handlingsrom gjennom ry (dei skaffar seg sosial kapital) får poeng ved å gjere seg personleg synleg (dei står fram) evnar å ta kritikk, er resultatopptatt og er der gode ting skjer og dei blir oppfatta som støttande, utviklingsorienterte og motiverande

Dersom ein skal sjå etter den ”gode” leiaren i endringsprosessar vil dette bety at leiaren må vere tilstades og synleg for dei tilsette. Leiaren må vere tilgjengelege for ros og ris, han/ho må støtte personalet i tilpassinga til den nye organisasjonen. Leiaren må tore å møte personalgruppa der den er, og må vere tydeleg når det gjeld vegval. Leiaren må og omsetje endringsarbeidet slik at det er forståeleg for dei som skal arbeide i organisasjonen.

Transformasjonsleiing

Burns (1978) hevdar at transformativ leiarar er menneske med den eigenskapen at dei kan skifte fokus frå medarbeidarane sine sjølvsentrerte motiv, til større fokus på leiaren og dei tilsette sine målsetjingar. Burns seier og at transformasjonsleiarskap er ein prosess der menneska samlast, og der det vert skapt eit fellesskap som aukar motivasjonen og etiske haldningar til alle organisasjonsmedlemmane. Kaufmann og

Kaufmann (1996) framhevar visjonar som eit av dei viktigaste nytta verkemiddel. Ein visjon skal vere eit bilde av ein framtidig ønskjetilstand, samstundes som han må vere attraktiv og truverdig. Vidare må ein visjon vere inspirerende, gi retning, og ikkje minst må han engasjere medarbeidarane. Transformasjonsteorien har visse likskapar med karismaomgrepet slik Weber nytta det. Weber definerte karisma som:

”A special personality characteristic that gives a person superhuman or exceptional powers and is reserved for a few, is of divine origin, and results in the person being treated as a leader” (Northouse, 1997:132).

Det er likevel ikkje sikkert det er tale om nærast overmenneskelege eigenskapar. Andre forfattarar legg vekt på at det denne typen leiar gjer, er å vise interesse for dei tilsette sine behov, og prøver å framheve potensialet til alle i organisasjonen. Bass (1985) karakteriserar ein transformasjonsleiar som ein leiar som motiverer sine tilsette ved å gjere dei meir bevisst på kor viktig arbeidet deira er for organisasjonen, overtale dei til å forsake eigne interesser for organisasjonen sitt beste og aktivere deira viktigaste behov.

Bass hevdar vidare at transformasjonsleiing er best eigna når ein ønskjer både å auke motivasjonen og arbeidsprestasjonen til dei tilsette. Dei fire faktorane i transformasjonsleiing er i følge Bass (1985), og Bass og Avolio (1990) desse:

Idealisert innflytelse

Leiarane fungerer som rollemodellar for dei tilsette. Dei tilsette identifiserer seg med leiaren og ønskjer å bidra for å skape resultat. Idealisert innflytelse har fellestrekk med karisma ved at ein karakteriserer leiaren som ein spesiell person med spesielle eigenskapar. Bass (1985) skil mellom uetiske og etiske karismatikarar. Ein uetisk leiar vil fokusere på eigne interesser. Dette kan virka hemmande på dei tilsette si utvikling og kreative utfalding. Ein ekte karismatisk leiar vil derimot vektlegge eit positivt menneskesyn, gode verdiar og moral, og oppførsla hans vil føre til beundring, respekt og tillit frå dei tilsette. Bass hevdar at ekte karisma må vere sosialt motivert og bygge på sosial likskap. Eg trur vi her kan dra parallellar til Strand sin integratorfunksjon som også legg vekt på deltaking, identitet, oppslutnad, moral og utvikling.

Intellektuell stimulering

Intellektuell stimulering inkluderer leiarskap der ein stimulerer dei tilsette til å vere kreative og innovative. Ein freistar å utfordre haldningar som ”slik gjer vi det her” til å

tenke utanfor "boksen". Leiarstilen oppmuntrar til initiativ for nye tilnærmingar og kreative prosessar. Dette krev at leiaren gir medarbeidarane sine arbeidsoppgåver som er utfordrande og lar dei arbeide med dei sjølvstendig. For å fremme konstruktive problemløysingar er det viktig at leiarane ikkje kritiserar idear og forslag, men heller ser på dei som eit nytt bidrag til auka forståing. T.d. kan det i ein endringsprosessofte vere nyttig å sette ned arbeidsgrupper for å løyse ulike problemstillingar. I desse gruppene bør det vere nokså høgt under taket for diskusjonar om kva som er den rette løysinga.. Det kan demme opp for framtidige konflikhtar og virke inkluderande dersom alle medlemmane i gruppa får vurdert sine synspunkt før avgjerda vert teken.

Individualisert merksemd

Det sentrale ved leiarstilen etter teorien om transformativ leiing er måten leiaren skapar eit støttande klima og samlar signal og individuelle behov hjå medarbeidarane på. Leiaren fungerer som "coach" og rettleiar for personalet. Leiaren tek omsyn til den einskilde sitt meistringsbehov og delegerer oppgåver som ein lekk i å utvikle dei. Dette vil auke dei tilsette si tru på seg sjølv og motivere dei til å søke utfordrande oppgåver. På den måten oppnår leiaren eit klima for individuell anerkjenning og han ivaretek den einskilde sitt behov. Dette impliserer at leiaren er ein god lyttar og har personleg kontakt med den einskilde(Yukl 2002).

Gjennom medarbeidarsamtalar kan ein oppnå individuell kontakt med den einskilde medarbeidar. Dette er ein styrt samtale som ofte følgjer eit skjema. Samtalane kan for leiaren fungere som ein liten arbeidsmiljøundersøking. Dersom ein har oppnådd god individuell kontakt, kan ein som leiar få rimeleg bra oversikt over det som "rører seg" i organisasjonen. Ein har gjennom desse samtalane mogelegheit for å gi konstruktiv tilbakemelding til dei tilsette og til å motivere, klargjere mål for neste periode og eventuelt korrigere medarbeidarar som ikkje handlar innanfor ønska rammer. Medarbeidarsamtalar kan også fungere som eit tilbakemeldingsforum for leiaren på den måten at medarbeidarar har høve til å komme med innspel direkte til sin næraste leiar på leiarstil og anna. Dei fleste organisasjonar held likevel berre medarbeidarsamtalar ein gong i året og for tenesteleiarar som kan ha 40-60 tilsette under seg kan det vere ei utfordring å ha like god personleg kontakt med alle. Gruppeleiarar på nivået under vil kunne ha betre grunnlag enn tenesteleiarane for å oppnå tett kontakt med dei tilsette. Både fordi gruppeleiarane er meir med i det daglege arbeidet og dei fungerer som ein del av arbeidstokken.

Mekanismer for motivasjon

Den siste faktoren fokuserer på mekanismer for å inspirere til motivasjon hjå dei tilsette. Ein inspirerande leiar uttrykker store forventningar til medarbeidarane, og inspirerer dei ved å binde seg til å ta del i ein felles visjon, seier Bass (op cit). Kommunikasjonen må vere tydeleg slik at dei tilsette veit kva som vert venta av dei. Leiaren nyttar symbol og appellerer til emosjonelle kjensler for å skape entusiasme og god innsats. Denne forma for inspirasjon vil auke den indre motivasjonen og fungere som effektive stimuli til kreativ tenking.

6.4 Leiing av omstillingsprosessar i helse- og omsorgseiningar

Dersom ein skal ha eit litt kritisk blikk mot transformasjonsleiing meiner eg at den kan kritiserast for å vere "litt av alt" det gode innanfor leiing. Som leiar veit eg at det kan vere situasjonar der ein også må ta upopulære avgjersler utan at ein har høve til å imøtekomme alle individuelle krav og behov hjå dei tilsette; t.d. planlegging av arbeidsturnus og tolking av bestemmelsar i personalhandboka. Likevel seier teorien at i endringsarbeid er det viktig at dei tilsette får god informasjon om kva som er målet med endringar, og kva som vert forventa av dei. For å oppnå motivasjon for endringsarbeidet må dei tilsette sjå nytten av å arbeide eller vere organisert på ein annan måte og dei må takast med i planleggingsfasen. På denne måten vil ein oppnå forståing for kva som er målsetjinga med endringsarbeidet.

Å vere leiar i ein organisasjon med store omstillingskrav er heilt klart svært utfordrande. Omsynet til at dei tilsette skal få vere med å delta i omstillingsprosessar er tidkrevjande, men kanskje heilt naudsynt for at endringa skal bli implementert i organisasjonen som noko varig og noko som dei tilsette kan stille seg bak og arbeide vidare med. Eg trur at ein viktig føresetnad for å oppnå vellukka arbeidsprosessar er deltaking og medverknad. For å oppnå dette må ein ha leiarar som har fokus på og er bevisste på nettopp dette. Kommunane som dannar grunnlaget for mitt prosjekt har møtt utfordringar med involveringsarbeidet. I begge kommunane var det sett ned arbeidsgrupper som var tverrfagleg samansett. Likevel ser det ut til at informasjonsarbeidet blir oppfatta som svakt. Dette kan ha fleire årsaker, mellom anna lite fokus på verdien av informasjonsarbeid for å oppnå deltaking.

Ved å stå tett på medarbeidarane sine vil leiaren kunne få god kjennskap til dei tilsette sitt informasjonsbehov og i tillegg få innspel frå dei som "veit best kvar skoen trykker". Dei kan og best seie noko om kva type hjelpebehov dei har for å få oversikt i

ein uoversiktleg tid der organisasjonen ikkje er ferdig utforma. I begge kommunar var det også ombyggingstiltak som kompliserte arbeidskvardagen. Ombyggingstiltaka såg ut til å medføre mange kortsiktige tiltak og problem som kravde tiltak der og då.

Arbeidsgrupper som jobbar med ulike utfordringar knytte til den endringsprosessen som organisasjonen skal gjennom, kan etter teorien finne fram til løysingar som fungerer for dei tilsette. For å oppnå dette må leiar vere bevisst på å gi ansvar og utfordringar nedover i organisasjonen. Med andre ord å gi mynde til dei tilsette. Dette vil i så fall gi dei tilsette høve til å utforme sin eigen arbeidskvardag og innflytelse og kontroll over eigen arbeidssituasjon. Ved å vere i samspel med andre i arbeidsgrupper kan ein dele kunnskap, erfaringar og reflektere over kva som kan vere nyttige løysingar for endringa organisasjonen skal gjennom. Slik vil ein oppnå deltaking og direkte involvering i alle fasar i omstillingsarbeidet. Samhandlinga i arbeidsgruppene kan vere eit verkemiddel for å oppnå utvida omfang av medverknad. I eit slikt gruppefellesskap kan ein og oppnå læring i samhandling med kollegaer (sjå Horne om gruppelæring).

Hypotesen er at ved å gi dei tilsette ansvar i form av utarbeiding av løysingar vil ein oppnå høgare motivasjon for endringsarbeidet. På denne måten sikrar ein at dei tilsette blir direkte involvert i planlegginga av endringsarbeidet og dei vil oppnå eit eigarskap til prosessane. Som leiar kan ein ikkje forvente at dei tilsette skal ha oversikt over meir enn delar av omstillinga. Det må vere leiaren si oppgåve å samordne tiltak og løysingar. Med andre ord vert heilskapen leiaren sitt ansvar.

Mange omstillingsprosjekt skjer på makronivå, men det er tilslutt i møtet mellom utøveren og tenestemottakaren kvaliteten på tenesta verkeleg vert prøvd (Batalden og Stolz 1992). Kva er det vi tilbyr og korleis utøver vi tenesta? Denne "røyndomens augneblink" er gjerne svaret på korleis ein i fellesskap med involverte og motiverte medarbeidar har utvikla gode arbeidsprosessar og gode tenester til nytte for brukarane og dei som arbeider der.

Britt Marie Follevåg:

7. Systemisk tenking i kommunal helse- og sosialtenester

I dette arbeidet gjer eg greie for det som vert kalla systemisk tenking, og eg spør om det er mogleg å nytte dette perspektivet som ein alternativ måte å forstå dei utfordringane som samhandling og samarbeid om komplekse og krevjande brukarar reiser for tenesteytarane i dei kommunale helse- og sosialtenestene.

7.1 Korleis sikre heilskap og koordinering?

Ulike satsingar og statlege føringar dei siste 20 åra ha hatt som målsetting å sette brukarane meir i fokus samstundes som ein har satsa på styrka, tverrfagleg samhandling og kompetanseheving. Stortingsmeldingar, planarbeid og endringar i lovverket er blant tiltaka som skal sikre at mottakarar av helse- og velferdstenester skal få meir koordinerte og heilskapelege tenester. Erfaringar og undersøkingar syner likevel at både tenestemottakarar og tenesteutøvarar opplever manglande samhandling og heilskapelege tenester (NOU 2004:13)

Samstundes har organisasjonsformer og ansvarsfordeling innan det kommunale og fylkeskommunale forvaltningssystemet vore i stadig endring (Robberstad, 2002). Resultatet har vorte variasjonar i plassering og utøving av tenester frå kommune til kommune. Fylkeskommunale tenester har gått frå store institusjonar til mindre distriktseiningar. Innan psykiatrifeltet vart dei store institusjonane bygde ned før det kommunale og distrikts psykiatriske 2-linje tilbodet vart bygd opp. Brukargruppa vart utsett for utfordringar og var med på å synleggjere behovet for betre tenester.

Eg meiner også at det tvingar seg fram nye måtar å forstå dei organisatoriske utfordringane i helse- og sosialsektoren. Dette arbeidet handlar om det. Eg vel å forstå helse- og sosialtenestene i kommunal sektor som system samansatt av grupper med menneske, ikkje som formelle organisasjonar. Med utgangspunkt i det som vert kalla systemisk tenking kan ein tydeleg få avklart kven som er deltakarar i systemet. Det sentrale her er samhandling mellom alle involverte partar. Eit kvart medlem av systemet er likevel i ulike kontekstar. Det inneber også gjensidige tilpassingar og strukturelle koplingar mellom ulike deltakarar i dei ulike systema, som er ein del av individet sitt nettverk.

Torodd Strand seier at den tradisjonelle, lukka og rasjonelt orienterte organisasjonsteorien som rettar søkelys på oppdeling av kunnskapsområde og

spesialisering står mest i kontrast til eit systemisk perspektiv (Strand 2001). Det er lett å sjå offentleg forvaltning gjennom slike teoribriller, men det spørts om det er nok, når vi møter eit aukande krav til samhandling og sikre koordinerte tenester til mottakarar av velferdsytingar. Sidan eit systemisk perspektiv vektlegg heilskap og ikkje berre deler, representerer det eit alternativ til den tradisjonelle organisasjonstenkinga.

7.2 Systemiske perspektiv på organisasjonsfenomen

Systemteorien er eit samleomgrep for teoribidrag som har utspring i fysikk, biologi, computerteknologi og sosiologi. Fellestrekk ved desse teoriane er fokus på kommunikasjon, oppretthalding av likevekt og balanse, samt søkelys på den krafta i eit system som får delane til å høyre saman (Bertalanffy, 1968). Både økologiske modellar og nettverkstenking har sitt utgangspunkt i systemteori.

Det er drøfta kor vidt systemteorien kan reknast som samfunnsvitskap. Eg vel å definere teori om system inn som ein del av vitskapen om samfunnet. Grunnen til det er at eg vil ha fokus på menneska som er medlem og deltakar av ulike system, der ein er gjensidig avhengig av kvarandre, både innanfor systemet og i høve til omverda. Samfunnet utgjer ein heilskap for medlemene og det er forhold som har betydning for oppfatninga av heilskapen eg fokuserer på.

Organisasjonsteoretiske resonnement kan vere eit utgangspunkt for å forstå kommunal helse- og sosial sektor. Lukka, rasjonelle systemperspektiv kontra opne og dynamiske systemtenkjemåtar vil ha ulike tilnærmingar. Eg vel å sjå på organisasjonar som opne system. Eit system vert av Luhaman (Kneer og Nassehi, 1997) definert som noko samansett og som er meir enn summen av delane sine. At det er opne, betyr at systemet med sine meir eller mindre faste strukturar er dynamisk andsynes omverda si. Utviklingsprosessane er påverka av input frå omverda og resultatet av endringane eller arbeidet påverkar omverda, det som vert kalla output.

Kven ein definerer inn i organisasjonen og som deltakarar i systema, er likevel ikkje gitt. Ved å tenkje systematisk i arbeidet med brukarar, må ein vere bevisst både på hjelparen sitt system og brukaren sitt system. Det karakteristiske ved systemisk tenking er heilskap. Menneska vert forstått ut i frå det systemet det er ein del av. Karakteristisk ved denne tenkinga er også at eit kvart menneske vert sett på som unikt. Den einskilde si oppleving av seg sjølv, andre og verda er "kart" som er oppstått som eit resultat av samhandling med andre. Ved tilnærming til problem er fokus på meistring, ressursar og dei unike, positive utvegane. Metodane ber preg av å være dialogiske og prosessorienterte. Elementa i systema – t.d. hjelparane, brukaren og pårørande – tar

med seg sitt kart/si historie, erfaringar/kunnskap inn i konteksten. Desse er verdifulle innspel når ein saman skal arbeide for å nå eit gitt mål. Kartlegging av deler som er involverte, kan avdekke ressursar og moglegheiter i fleire etatar, instansar eller nivå. Ikkje berre innan same organisasjon, men på tvers av system.

Behovet for formell koordinering kan vere tilstades, både for å unngå dobbeltarbeid og for å forhindre gråsoner. Denne arbeidsdelinga og tydeleggjering av ansvar er viktig når mange personar er involvert. Samhandling ligg alltid til grunn for godt koordinert resultat. Dette kjem eg attende til.

Økologisk tenking

I økologiske utviklingsmodellar er hovudessensen gjensidig tilpassing og systematisk tenking om allmennmenneskelege vilkår, sosialisering og vekst (Klefbeck og Ogden, 1996). Perspektivet gjer eit forsøk på å blande sosiologisk og individualpsykologisk tilnærming. Fokuset er på samspelet mellom dei ulike miljøa som aktøren beveger seg i mellom. Nivåa vert kalla mikro, meso, ekso og makro. Uri Bronfenbrenner (1979) er sosiolog og pioner på dette området. Han deler det økologiske miljøet som ein person er omgitt av, inn i sirklar. Dei ulike sirklane er systematisk inndeling på nivå i miljøet ein har rundt seg. Mikronivå er den inste sirkelen som består av alle deltakarane i ulike primærgruppesituasjonar. I ei primærgruppe påverkar deltakarane kvarande. Gjennom den direkte samhandlinga utvekslar ein kjensler, lærer av andre og innteke gjerne bestemte roller. Ein brukar av helse- og sosialtenester har t.d. ulike primærgrupper. Brukaren har gjerne kontakt med ulike instansar innan kommunale helse- og sosialtenester. Brukaren og tilsette i sosialtenesta er døme på primærgruppe på mikronivå. Slik eg vel å bruke Luhman (Kneer og Nassehi, 1997) sin beskriving av sosiale system, samanliknar eg dette med det han kallar organisasjonssystem. Her er medlemmane knytt til bestemte føresetnader som igjen fører til bestemte åtferdsmønster. Organisasjonen vert avgrensande, både for medlemmane og dei som står utanfor. Brukaren er medlem i andre grupper også, som t.d. næraste familie og eventuelle kollegaer på arbeidsplassen.

Det neste nivå og den neste sirkelen er mesosystem. På dette nivå finn vi den overlappinga som eventuelt finst mellom dei ulike gruppene på mikronivå og det samspelet som måtte eksistere mellom desse. Kvar for seg kan dei ulike gruppene karakteriserast som eit lukka system. I realiteten er dei ulike gruppene del av større heile, der samspelet mellom dei har utviklingspotensiale. Dette er mellom anna avhengig av om dei har kjennskap til kvarandre, og at det er ein viss intimitet eller

tettleik mellom dei. Eg tar meg den fridom å kople Luhmann sin teori om sosiale system, som er autopoetisk, med mesosystem, slik eg omtalar dei her (Op.cit.). Luhman hevdar at dei ikkje kan eksistere av eiga kraft.

Eksosystem refererer til miljø der individ sjeldan er tilstades. I desse miljøa kan det likevel takast avgjerse som kan ha innverknad på individet. Døme her kan vere dei faglege samtalene mellom brukaren sin terapeut på psykiatrisk poliklinikk og rettleiaren hans. Eller det kan være pårørande sitt nettverk.

Makronivå er den yste sirkelen. Dette er storsamfunnet sitt mønster av verdiar, økonomi, kultur og tradisjonar som igjen omsluttar dei andre nivåa. Eg vel her å trekke parallellar mellom den økologiske modellen sitt makronivå og Luhmann sin beskriving av samfunn. Han seier at samfunnet er det mest omfattande system, prega av mangfaldet av handlingar.

Luhman og Person (Kneer og Nassehi, 1997) snakkar om strukturar og funksjonar relatert til systemteorien, men dei legg vekt på verdien av å plassere det eine ordet framfor det andre – altså: strukturell-funksjonell systemteori. System dannar ”*øer af mindre kompleksitet*” (Kneer og Nassehi, 1997 s. 45). Når Luhmann snakkar om reduksjon av verdens kompleksitet forstår eg dette som val av måtar å forstå problem og utfordringar, både som noko generelt, men at det og må eller kan forståast individuelt. Person (ib.) vektlegg voluntaristiske verdiar som vesentlege normsettarar for samspel i eit system. Eg vil dra dette inn som verdifulle normer og verdimønster i ein organisasjon. Organisasjonen sin kultur vil ha betydning for aktiviteten. Korleis ser ein t.d. på samhandling hjå oss? Kva tenkjer vi her om medverknad frå, og samspel med, brukarane? Kven er kompetente i høve til problemet? Person (ib.) framhevar samspelet mellom kulturelle, personlege og sosiale faktorar i det som vert resultat av konkrete handlingseinskapar. Oppleving av å kjenne seg som medlem av eit system er subjektiv. Ein brukar av helse- og sosialtenester kan td. definere seg inn som ein sentral part i hjelpesystemet og hevde at han har både kunnskap og ansvar i høve seg og sitt problem. Kultur og verdiar i organisasjonen er langt på veg med å styrer i kva grad hjelpeapparatet definerer brukaren og hans nettverk som ein del av systemet. Dette vil igjen påverke problemløysingar.

Nettverksteori

Direkte og indirekte nettverksintervenering krev at brukar og hans nettverk vert sett på som sentrale og som nyttige ressursar i problemløysingar (Fyrand, 2005). Relasjonar som menneskjer har, vert inkludert. Nettverk betyr samankoplingar og er dei grupper

eller personar ein har kontakt med. Nettverksintervenering er ikkje berre ein metode for å sjå brukaren i det system og dei samanhengar han lever i. Det er like mykje ein arbeidsreiskap for å sjå hjelparen i sine system og dermed mogleg samhandling og moglege avgrensingar. I denne arbeidsforma er det tre kompetansegrupper eller ekspertar. Øvst i dette ekspertisehierarkiet er brukaren. Vidare kjem så privat nettverk og til slutt fagfolk (op.cit.).

Nettverksteorien har også sitt utspring i systemteorien. Flest moglege faktorar som kan virke inn på heilskapen må inkluderast (Fyrand, 2005). Nettverkstanken kan hjelpe oss å forstå nokre av føresetnadane for det som kallast sjølvberande, problemløysande prosessar, og korleis vi skal identifisere desse (op.cit.). Menneskesynet er at vi trur mennesket har ressursar i seg til å klare å løyse sine problem. Hjelpemiddel bør ikkje overta problema, men hjelpe brukaren til å sjå og kome med problemdefinering og løysingar sjølv (Fyrand, 2005).

Strategien ved nettverksarbeid er vedlikehald, utviding, utdjupeing, redefinering og sanering. Desse strategiane brukast gjerne om kvarandre og den eine vil gjerne uvilkårleg føre over til ein annan. Nettverkskart er eit reiskap som gir eit bilete på mennesket si subjektive oppleving av kvar det står i forhold til andre. Ved tolking og analyse av informasjon eit kart gir, ser ein på størrelse, tettleik, samansetting, sentralitet, intensitet, intimitet, mangfald og betydning. (Fyrand, 2005)

Organisasjonens målsettingar

Helse- og sosialtenestene er som ein organisasjon igjen ein del av eit større heile. Når målsettingar skal utarbeidast og konkrete mål er fastsett, vil dette vere interessant for menneskje i ulike system. Målsetting er ei rettesnor og skal uttrykke kva som er ynskjeleg å få realisert i framtida (Skjørshammer, 2004 s. 124), Etzioni, 1978). Måla for dei kommunale helse- og sosialtenestene er mellom anna bestemt av omliggande organisasjonar som td. statlege myndigheiter og interesseorganisasjonar. Samstundes er det rom for interne målsettingar. Overordna verdiar for organisasjonar vert gjerne nedfelt av sektorleiar eller andre overordna i eit system. Desse såkalla offisielle måla (Hatch, 2001) er generelle. Dei er vage og dermed ikkje eintydige for alle som desse måla gjeld. Det er rom for tolking. Overordna mål vert oftast tydeleggjort i budsjett. I tillegg til interne krefter som jobbar med målsetting vert måla regulert td. gjennom overordna politikk og demokratiske verdiar. Nokre vert regulert gjennom lover og føreskrifter, og andre i framlegg på bakgrunn av endringar og behov i velferdssamfunnet. I byrjinga av 1990 kravde td. staten at kommunar skulle yte tenester

til personar med psykiske vanskar. For å sikre at dette blei gjort, kom det etter kvart økonomiske tilskot som skulle sikre at kommunane hadde klare mål og middel til å yte slike tenester. I det kommunale planarbeidet måtte ei tydeleggjere lokale mål. Dei offisielle måla skal vere tilgjengelege og synlege for interesserte, både i og utanfor organisasjonen. Interesserte utanfor organisasjonen kan vere interesseorganisasjonar og brukargrupper.

Måla skal både gje informasjon og skape inspirasjon. Når medlemane i organisasjonen er informert og har klart å skape engasjement og inspirasjon, vil dette vere faktorar som påverkar graden av kollektiv oppslutning og sosial legitimitet (Hatch, 2001). Når offisielle og operative mål i organisasjonen er definert, vert det laga planar på ulike nivå og for ulike målgrupper. Det er organisasjonens forståing av planlegging som avgjer omfang og bruk. (Skjørshammer, 2004).

Planlegging og planarbeid

Planarbeid og planar er nært knytte til mål og målsetting. (Skjørshammer, 2004). Planlegging er omtala som ein aktivitet der ein vektlegg vitskapleg basert tenking og bruk av logisk-analytiske metodar. Sentralt i planlegging er fastsetjing av mål, ressursavklaring og metodeval. Planlegging kan definerast på mange måtar og i ein kommuneorganisasjon finn vi planlegging på ulike nivå. Det er overordna planar, td. i høve til kommunen sin økonomi, det er delplanar som gjerne seier noko om prioriteringar innan den enkelte sektor, planar for dei ulike spesialeiningane og planar for den einskilde brukar. I litteraturen er planlegging ofte omtala som utviklingsarbeid. I den samanheng er planlegging tilrettelegging der prosessen på veg til målet er sentralt, meir enn kontroll og styring (Levin og Klev, 2002).

Tenkjer vi oss organisasjonar som dynamiske einingar inneber det at dei vert påverka av prosessar innanfrå og utanfrå. Det er rimeleg å tenkje at det stadig fører til endringar i organisasjonen. Planleggingsfunksjonen inneber samstundes å ivareta organisasjonens behov for kontinuitet, kvalitet og effektivitet. Ein kan difor gjerne hevde at planlegging er ei kunnskapsteoretisk øving, samstundes som det å planlegge er det konkrete handlingsrommet. Dette kan vidare strekkast til at planlegging er kompromiss, på den måten at det er ei avgjerande samordning mellom ulike omsyn og interesser (Skjørshammer, 2004). Planarbeid er bevegelsar som kan skape motivasjon og entusiasme hjå dei som vert berørt av planen. Samstundes som arbeidet står i vekselverknad til omverda si. Dette kan vi forstå gjennom omgrepet diskurs. I diskurs legg eg ei relasjonell tyding av arbeidet med å kome fram til noko på bakgrunn av

logiske tankeutvekslingar. Ein diskurs kan forståast som eit verktøy for å få fram alle involverte partar sitt syn på ei sak (Habermas, 1999). Det er ei utfordring i planlegging å tenke samanhengar og nærleik. Ein føresetnad for å oppnå god planlegging er at sentrale, involverte, partar møtast i felles diskurs. Brukarane kan være sentrale partar i utarbeiding av planar, både på gruppenivå og individnivå. Planarbeidet er i hovudsak eit administrativt arbeid, med forventningar om å fungere som rammeverk, frå øvste leiing til brukarnivå. Planar skal vere ein reiskap for både dei som skal utøve tenester og dei som skal ta imot tenestene. Individuell plan er ein lovfesta rett som brukarar av samansette og langvarige tenestebehov har. Planarbeid og planprosess inneheld sentrale faktorar som langt på veg er dei same, anten det gjeld individnivå eller gruppenivå. Eksempelvis nemner eg gjensidig tillit, likeverd, vere open, anerkjennande overfor andre si oppleving og forståing. Tankane bak individuelle planar var å sikre at tenestemottakar skulle vere med å utforme og formidle behov, mål og tiltak. Staten har utarbeid rettleiar og retningslinjer for individuell plan. Ordninga er frivillig og planar skal utarbeidast etter samtykke og i samarbeid med brukaren. Kommunikativ planleggingsteori legg vekt på at endringar skal bevege seg nedanfrå og opp. Denne prosessorienterte teorien legg vekt på brei deltaking. Eit resultat av denne forma for planlegging er at makta over kunnskap og handling vert desentralisert. Beslutningane som kjem ut av kommunikativ planlegging representerer allmenne interesser, er ideen (Amdam og Amdam, 2000).

Kompetanse og kommunikasjon

Kompetanseinndeling og spesialiserte einingar er ein del av kommunal helse- og sosialteneste. I dette profesjonsbyråkratiet kan utfordringane være å bruke kompetanse på tvers av einingane og bruke kompetansen med utgangspunkt i at brukar står i sentrum og er premissleverandøren. Mintzberg (1979) peikar på at ansvarleggjering kan vere ei utfordring. Brukaren er vidare prisgitt den hjelparen han treff på i systemet. Fagpersonar er ekspertar på sitt område. Brukaren med sine erfaringar har vesentleg kunnskap, og saman med andre ekspertar er dei ressursar. Det krev både vilje til endring og evne til å sjå heilskap for å utnytte all ekspertise. Det er meir enn den faglege kompetansen som er avgjerande i hjelpa. Den profesjonelle utøvar sin kompetanse vert *ein* del av det å møte utfordringar og løyse problem. Brukaren sin kompetanse er også *ein* del i dei same utfordringane og problemløysinga. Kompetansen er i seg sjølv også samansett, og består av ulike delar i form av både fagleg og teoretisk kunnskap, personleg kompetanse og erfaringar (Skau, 2005). Tenesteutøvar sin

kompetanse, samt haldingar til kompetanse, spelar ei rolle i relasjonen hjelpar – hjelpesøkar. Dette vil igjen ha konsekvensar i høve makt, avmakt, medverknad og samhandling. Skau (2002) omtalar profesjonell kompetanse som ein samansatt heilskap. Den består av tre sider som heng nøye saman. Teoretisk kunnskap er ein del av denne heilskapen. I den kunnskapen inngår kunnskap om faget og kunnskap om handling og utøving av faget. Yrkesspesifikke ferdigheiter er spesielle handlingsreiskapar vi treng i eit bestemt yrke. Her må ein ha kunnskap om teknikkar, metodar og praktiske ferdigheiter. Personleg kompetanse handlar om det vi er som person. Denne kompetansen er vesentleg i samspel med andre. Kven eg er, kva verdiar eg har, handlingsmønster, sjølvrespekt og andre personlege ressursar (Skau, 2005). Brukaren sitt møte med hjelpar er slik sett eit møte mellom to ekspertar, frå to ulike kulturar, med ulike avgrensingar og moglegheiter. Som utfyllande tilnærming til omgrepet kompetanse oppmodar eg om å lese om læring i 2.3 (Glosvik).

Kommunikasjon – *communicare* – tyder å gjere noko felles. Det skal mange slag kunnskapar til for å kommunisere og få til diskurs på ein slik måte at alle involverte vert sett, høyrte og forstått. Luhman (Kneer og Nassehi, 1997) hevdar at kommunikasjon dannar ein tredelt einskap. Desse er informasjon, meddeling og forståing. Å dele informasjon og kunnskap, samt haldning til likeverd er vesentlege utfordringar for å få til ein diskurs. Det kommunikative rasjonale bygger på Habermas (1999) og hans teori om livsverda, system og aktuelle samfunnsproblem. Rasjonalitet er av Habermas nærmast definert som prosedyre for å kome fram til semje. For å etablere felles forståing er det viktig at ein har ein open kommunikasjon som ikkje sanksjonerer nokon.

Utøving av leiing

I kommunale helse- og sosialtenester kan det være fleire leiarar på ulike nivå. I mange samanhengar knytast leiing til ord som: gjensidig påverknad, leiestjerne, mål, rettleiar, rasjonalitet, strategisk handling, kontroll, makt, effektivitet, entreprenør, administrator og integrator (Strand (2001). ”*Leder utan rådgiver er som kaptein uten los*”, hevdar Spurkeland (1998, s. 30). I dette ligg blant anna at leiing er meir enn berre økonomistyring og administrering. Omgrep som relasjon, emosjon, prosess, læring, evolusjon og omverd kan knytast til det å forstå kva som ligg i leiing (Strand 2001). Leiing kan seiast å være samspel og eksisterar såleis ikkje i einerom.

I systemteorien er eit kvart menneske unikt. Den einskilde si forståing og meining er vesentleg inn i fellesskapet. I samspel med andre er vi i konstant endring. I

denne samanheng finn eg det rimeleg å vise til Glosvik si omtale om leie lærande organisasjonar (2.3). Vår autopoietiske identitet vert påverka og utvikla. Luhmann hevdar at i utveksling med omverda vår vert det endringar i meningsstrukturar, via indre justeringar (ib.). Kommunikasjon og språk er avgjerdande i slik samhandling. Rolla som leiar er sentral både når det gjeld kulturen i organisasjonen, lærings- og gruppeprosessar. Leiaren er ein rollemodell, og kan med sitt handlingsmønster prege dei han har rundt seg. Dersom han eller ho har tru på at medarbeidarane kan ta eigne val og ansvarleg avgjersle, kan medarbeidarane kanskje oppleve å få bruke sine krefter kreativt. Ein leiar som er støttande og open har høve til å leie medarbeidarane til å oppdage eigne ressursar. Leiing kan seiast å være aktiv jobbing for å utvikle konkrete mål, løyse dei problem som dukkar opp, og utvikle eit omgrepsapparat som gjer at medlemmane kan "snakke same språk" .

Rasjonelle og lukka system ber preg av spesialisering, hierarkisk inndeling med klare linjer frå øvste leiing til utøvarane i direkte kontakt med brukaren. I denne hierarkiske forma er det klar arbeidsdeling og truleg stor grad av spesialisering som utgjer lukka system innan same organisasjonen. Organisasjonar som vert prega av slik systemtenking opnar kanskje i mindre grad for menneskeorienterte leiingsstilar.

7.3 Medverknad og innverknad

Her vil eg først sjå generelt på forhold som er sentrale i høve makt og innflytelse. Det gjeld både brukarar av tenestene og tilsette i organisasjonen. Til slutt vier eg brukaren ekstra merksemd i høve til tema om medverknad, myndiggjering og innverknad. Eg tar med moment som eg meiner er sentrale for at brukarane skal ha reell innflytelse og vere med på planlegging og gjennomføring av tiltak. Er det paternalismen som rår eller er haldningane at brukaren skal hjelpast og bli rusta til å ta ansvar og at det er han som veit best "kvar skoen trykker" (empowerment)?

Medverknad, myndiggjering og makt

Makt kan verte synleggjort gjennom ulike forhold. Ein definisjon på makt seier at det er sjansen ein har for å få gjennomført viljen sin – uavhengig kva sjansen er basert på, og til og med ved motstand (Skau, 1992). Weber hevdar at makt er å påføre andre sin eigen vilje, som syner seg igjen i deira åtfærd (Repstad, 1997). Rutinar, språk, kultur og systemisk struktur kan vere makt. Innverknad og medverknad i system som har slik særeigen makt, vil truleg vere vankeleg å få til. Mintzberg (1993) peikar på faren for

manglande fleksibilitet, liten vilje til endring og nytenking, samt rigide og fastlåste haldningar, i einskilte organisasjonssystem.

Kunnskap er ei anna form for makt. I fragmenterte og spesialiserte organisasjonar er den profesjonelle yrkesutøvar sett til å løyse utfordringar og problem på ein sjølvstendig måte. Autonomi, autorisasjon og i nokre tilfeller monopol, kan føre til at den profesjonelle utøvar vert eigenrådig.

”Det som med andre ord i siste instans berettiger en profesjonells handling, er det at den ifølge hans bedømmelse er den riktige handlinga. Han kan rådføre seg med kollegene før han handler, men avgjørelsen er hans. Dersom han tar feil, vil han likevel bli forsvart av sine likemenn. Det som imidlertid i siste instans rettferdiggjør en administrativ handling, er at den er i samsvar med organisasjonens regler og bestemmelser, og at den er blitt godkjent – direkte eller underforstått – av en overordnet” (Etzioni,1978:113)

For å dele og utveksle kunnskap, må det skapast arena og handlingsrom. Kyrkjebø (3.3) viser til Nonaka som snakkar om informasjon som ”*gjev ein flyt av bodskap og meining, som kan føre til restrukturering eller endring av kunnskap ein alt har*”. Den profesjonelle hjelpar og brukaren sit med ulik kunnskap og erfaringar. Utveksling, formidling og deling har verdi for dei som er i relasjonelle forhold til kvarandre.

Luhmann hevdar at profesjonelle kan organisere seg i lukka system og dei lukka systema er rigide. Utøvarane kan isolere seg og det er inga gjensidig påverknad i høve andre utanfor systemet (Kneer og Nassehi, 1997). Det er likevel ytre forhold som vil påverke og dermed er den einskilte profesjonelle utøvar del av eit større system (Halvorsen, 2005). Makt er knytt til sosiale relasjonar. Eg trur at variablar som kunnskap, kommunikasjon, normative verdigrunnlag, forventningar og ressursar har betydning i høve til makt. I relasjonen mellom den profesjonelle hjelpar og brukaren vil ansvarsdeling, avklara problemstilling, felles mål og valfridom, stå sentralt i eit symmetrisk forhold (Ørstavik, 1996). Asymmetri i dette forholdet kan føre til avmakt. Det er nærliggande å tru att det er brukaren som blir offeret for maktutøving, og at det er profesjonsutøvaren som gjerne definerer behov og avgjer behandling.

Når menneska i systema får virke med, vert dei myndiggjort. På systemnivå kan myndiggjering forståast som gruppeprosess (Gutierrez 2003). Når einskildindivid vert myndiggjort kan kjensla av å ha makt og kontroll auke (op.cit.).

Brukarmedverknad

I st.meld. nr. 50 (1993-94) er brukarmedverknad nemnt som sentralt virkemiddel for å betre helsetenestene. I høyringsutkast til lov om pasientrettar i 1997 er også brukarmedverking nemnt som eit virkemiddel for å betre pasientane sine rettार og betringar av helsetenestene. Tanken bak brukarmedverknad er at det skal bli mindre makt til hjelparane og større medverknad frå brukarane. Behandlingssystemet skal miste monopolet på definisjonen av kva eit pasientproblem er. Medverknad handlar om "eigarforhold". Dei involverte partar må sjølv få avgjere om dei har eit problem, og i tilfelle kva det er. I neste omgang kan dei sjå på om, og kva, som kan gjerast for å løyse det (op.cit.).

Sekretariatet for modernisering og effektivisering (SME) i Sosialdepartementet tok på 90-talet initiativ til ulike prosessar for å styrke brukarane og hjelpeapparatet. Målet var å gje brukarperspektivet eit meir konkret innhald og sette i gang haldningsendringar og faktiske endringar (Vatne, 1998).

Når brukarar skal virke med, treng hjelparen ei anna haldning enn det som har vore tradisjonelt. Haldninga bør vere at samhandlinga mellom hjelper og brukar bygger på gjensidig respekt og informasjon. Grunnleggande menneskerettar skal sikre retten til å medbestemme, retten til å ta frie val, retten til informasjon, informert samtykke og integritet. Desse verdiane fører til behov for informasjon og kunnskap.

Tenestemottakar skal ha høve til å medvirke i høve til planlegging, gjennomføring og evaluering av tenestetilbod som vert gitt. Tenestene skal være samordna og heilskaplege med utgangspunkt i mottakaren sine behov. Dette føreset at tenesteutøvarar frå ulike instansar samhandlar, samt at det er vilje og evne til å samhandle med brukar.

7.4 Samhandling på tvers av fag og system

Stavang (5.1) peikar i sitt arbeid på at pasientar er lite opptekne av organisatoriske skilje i helsevesenet. Spørsmålet er om tenesteutøvarane tenkjer heilskapleg og ser verdien av å gå utover eiga avdeling for å imøtekomme samansette behov.

Tverrfaglegheit kan innebere ei engasjert samling om eit felles prosjekt, der ein vert einige om felles mål og tiltak. Ein tar innover seg andre faggrupper sitt grunnlag og kunnskap. Dette kan gje ny forståing og endra haldning. Samarbeid inneber at ulike partar er innforståtte med at dei er gjensidig avhengig av kvarandre. Ein føresetnad for

tverrfagleg samarbeid er å lage seg ein oversikt over ulike samhandlingspartar og ikkje minst organisere arenaer og fora for systematisk, fagleg samhandling.

”Fagligheit”- det å vere faglig - kan seiast å vere det motsette av å arbeide ut frå tilfeldigheiter. Ein har kunnskap om, og erfaringar med, korleis problem kan forståast og kva handling som skal til for å løyse det (Larsen og Bunkholdt, 1995). Innanfor fagfeltet vårt kan vi bli spesialistar på einskilde emne. I organisasjonar kan fagpersonar ha deloppgåver, og det kan utvikle seg til formelle einingar innan ein sektor. Dette kan etter kvart føre til at ein får eit snevert syn på saksfelt. Dette er ein annan måte å seie at ein mister evna til å sjå heilskap (Op.cit.). Faren ved formalisering av deloppgåver er at ein ”blir seg sjølv nærast” og vert sektorforsvarar. Det utviklar seg ein kultur med eige språk og eigne verdiar. Dette kan føre til koordineringsvanskar og konkurranse.

Eg vil kort bygge på relasjonsteorien og trekke den vidare til verdien av å vere bevisst gruppepsykologiske prosessar. Medlemmar i ei arbeidsgruppe er i ei særprega samhandling over tid. Dei har gjensidig påverknad og innverknad og deler felles interesser og normer. Dei skal meistre samhandling med kvarandre, ta avgjersler og løyse problem. Dei skal også forholde seg til ytre system som mellom anna leverer oppgåver og gir stimuli. (Kaufmann og Kaufmann, 1996). Samhandling kan gje auka læring, det kan få fram fleire ressursar og kan gje det målretta arbeidet ”ny glød” mellom anna fordi saker kan bli belyst frå fleire hald.

I det kommunal hjelpeapparatet finst det ofte mange ressurspersonar med god kompetanse på sine fagområde. Men det kan vere eit problem at desse er organisert i ulike einingar som opererer etter ulike lovverk. Det fagspesifikke får ofte dominere, verna av lovverket og det kan være vanskeleg å opne opp for andre faggrupper. Knappe økonomiske ressursar kan føre til ulike belastningar på personellet. Når det er ei langvarig knappheit er det gjerne lett å hegne om sitt eige og sjå på dei andre med kritisk og negativt blikk. Målgruppa i det kommunale hjelpeapparatet er – direkte eller indirekte - likevel den same. På eit eller anna nivå er det ein leiar som har ansvaret for både dei tilsette og målgruppa. Til dømes kan ein sektorleiar vere leiar for både sosial-, helse-, pleie- og omsorg-, psykiatri- og oppveksttenester. Sett frå eit systemteoretisk perspektiv har leiar her høve til å skape både ideologisk grunnlag og operative mål for desse tenestene, og dermed skape haldning og rom for samhandling mot felles mål. Kva er målet med tenestene, kven kan gjere kva, korleis, kvifor med meir? Dette er utfordringar ein leiar kan jobbe med for å skape tryggleik, tillit, aksept, fridom og ansvarleggjering. Som ein del av systemtenkinga er det rimeleg å inkludere brukarorganisasjonar/interesseorganisasjonar. Dette vil både medvirke til auka

fagkunnskap og sikra at interesser og behov vert ivaretekne. Tverrfagleg samhandling, i og mellom, system handlar om sterke organisasjonar med tydleg leiing. Det kommunale administrative og politiske system har eit stort ansvar i arbeidet med heilskaplege tenester i eit brukarperspektiv. Ein del av brukarmedverkinga kan være på det generelle plan og det kan leggest til rette for at interesseorganisasjonane vert sentrale samhandlingspartar i plan- og informasjonsarbeid.

Utfordringar – i høve til leiing – vert å skape støttande klima, for å fremje kommunikasjon og kome nærmare løysingar. Ber klima meir preg av vurderingar, kontroll, strategi, skråsikkerheit og andre forsvarsprega trekk, hindrar dette kommunikasjon. Mellom forvaltningsnivåa og mellom dei ulike instansane kan det likevel vere mogleg å skape felles kulturar som igjen kan vere med å skape samhald. Føresetnad for samhandling og måloppnåing – td. i høve til opptrappingsplanen – bør ha lokalpolitisk forankring og mandat. Opptrappingsplanen for psykisk helse skal hjelpe kommunane med å sette i gang med konkrete tiltak for å få brukarar med og koordinere tenester. Dette skjer innanfor ei bestemt eining og tverrfagleg samhandling er dermed ikkje sjølvsgt. Det har vore gjennomført fleire prosjekt der tverrfagleg samhandling er eit krav for å lære seg å gje betre tilbod til ulike brukargrupper. Erfaringar syner at det vert mobilisert i prosjektperiodar. Når desse er over, er ein tilbake i gamle handlingsmønster. Eg trur dette kan handle om at mål, plan og prioriteringar, ideologiar og verdiar ikkje vert løfta høgt nok opp og beslutta på administrativt og politisk plan innan det/den einskilde system/sector. Med reell brukarmedverknad er vi avhengig av samhandling. Individuelle planar vil gje ein oversikt over både privat og offentleg nettverk til brukaren. Dette er eit godt utgangspunkt for å danne ansvarsgruppe. Desse gruppene sikrar at det er ulike ressurspersonar som skal sikre deler av heilskapen. Denne samhandlingsforma er eit arbeidslag som skal gå i same retning, der brukaren (eventuelt pårørande) er ”skipper på skuta” og stakar ut kursen. Dei ulike medlemmane, med sine ulike perspektiv på problemet kan gje ulike forslag til løysingar for å kome i hamn. Dette vil gje større og fleire moglegheiter enn om alle involverte partar ”sat på sine nes og såg i kvar sin retning.”

Samarbeid på tvers av faggrupper og samarbeid med brukar kan krevje formelle samarbeidsrutinar. Leiar og leiing vert såleis vesentleg for å nå mål om samhandling. Sentrale utfordringar er å planlegge og legge til rette for samhandling, sikre evaluering av tenestene, legge til rette for utvikling og kompetanse. Leiar sine verdiar vert vesentleg for hjelpesystema sin måte å utøve tenester på. Det er hjelpeapparatet sitt ansvar å ta initiativ til samhandling.

Tanken om nettverk og system er utfordrande i samhandling mellom brukar og alle involverte partar, i alle system. Lovverket regulerer i hovudsak innhald i tenestene, men modellar for utøving og organisering er mindre konkrete og tydelege. Sett frå nettverkstankegangen er det er ein føresetnad for samhandling at dei ulike partane i brukaren sitt nettverk har kontakt. Kontakt er ein føresetnad for å hindre mangelfull informasjon og mistydingar. I nettverksteorien (Sveden, 1998) står det at 70 % av nettverkseffekten får ein berre ved at partane møtast. Dersom ein i tillegg systematisk og målbevisst samhandlar, vil effekten av nettverksmetoden vere eit eigna arbeidsreiskap med tanke på samarbeid og tilgjenge. Hjelpemiddelet bør tole å bli kikka i korta og kan ikkje ha monopol på problem og problemløysing.

Avslutning

Eg har her drøfta om systemteori og systemisk perspektiv kan medvirke til å sikre koordinerte tenester. Systemteorien er omfattande og eg har berre drøfta eit utval tenkjemåtar. Utvalet er meint å vere nyttig i samband med ei forståing av kommunal organisering av helse- og sosialtenester.

Kommunane organiserer ofte dei ulike einingane som om dei var lukka system. Organiseringsformer sett frå eit instrumentelt perspektiv, som dette gjerne reflekterer, ber gjerne preg av ei enkel hierarkisk tenking med leiaren som den ansvarlege. Parallelt møter vi stadige krav om å setje brukaren i sentrum, men dette utfordrar samstundes dei enkle organisasjonsoppfatningane som får oss til å undervurdere samordningsvanskane ei brukarorientering medfører.

Ulike versjonar av systemisk tenking kan representere fruktbare alternativ til den rådande organisasjonstenkinga. Ei bevisstgjerung om kva systemisk tenking inneber kan kanskje bidra til at brukarane kan få koordinerte tenester

Anne-Grethe Naustdal:

8. Sjukehusorganisasjonen i endring

Sjukehusa er store organisasjonar i høve tal tilsette og i høve til økonomiske rammer som forvaltast. Det er eit stor omfang av ulike spesialitetar og oppgåvene som skal utførast og som krev spesialisert kompetanse. Sjukehusa står i dag fram som ein av dei mest komplekse og teknologiintensive kunnskapsbedriftene i landet og som ein av dei viktigaste leverandørar av kunnskapsbaserte tenester (Rapport SHD, 2001).

Organisasjonar som sjukehus blir ofte kalla for fagbyråkrati eller ekspertorganisasjonar. Mintzberg (1993) trekk fram sjukehus som fagbyråkrati som kjenneteikn ved sjukehus fordi dei er komplekse organisasjonar både i høve mål og oppgåver som skal gjerast. Vidare at arbeidet koordinerast i produksjonskjernen av autonome profesjonelle gjennom standardisering av ferdigheit, samt at dei er orientert mot løysingar for eksterne partar. Fagbyråkratiet er kjenneteikna av ein svært desentralisert struktur både vertikalt og horisontalt. Mykje av makta ligg lavt i hierarkiet, hjå ekspertane. På bakgrunn av ekspertane sin autonomi og makt spør Mintzberg om det er muleg å utøve leiing i denne type organisasjon i og med at leiarane manglar muligheiter til å kontrollere ekspertane direkte. Dersom ein skal få til endring i ein slik type organisasjon må ein i fylgje Mintzberg (1993) fyrst og fremst få endra ekspertane sine holdningar.

Strand kallar også sjukehus for ein ekspertorganisasjon der konkurransevilje og produktivitet er typiske kjenneteikn. Strand hevdar at Mintzberg (1993) sitt fagbyråkrati i stor grad kan vere lik den klassifikasjonen han gjer (Strand 2001:233). Leiarolla i ekspertorganisasjonen er i høve Strand (2001) tradisjonelt nært knytt til rolla som fagkyndig. Han trekk fram at i sjukehus er det den faglege kompetansen, erfaringar og respekten for fagleg dugleik som har gjeve leiinga autoritet og legitimitet. Den administrative leiingsstrukturen er hierarkisk oppbygd, medan fagstyringa er kjenneteikna ved at avgjerder vert teke av dei profesjonelle på det lågaste nivået i systemet i den daglege pasientbehandlinga. Ein seier at fagnormene, situasjonen, klienten eller kunden er dei som gjev viktige premissar. I høve Strand (2001) er det bl.a. dette som skapar spesielle utfordringar i leiinga av ekspertorganisasjonar.

Sjukehusorganisasjonen kan synes som å ha eit preg av å vere ekspertorganisasjonar eller fagbyråkrati. Organisasjonen har sterke profesjonar, noko som igjen får innverknad i høve forståinga av korleis organisasjonen fungerer. Det er

viktig å ta med seg at ein organisasjon som sjukehus, vil ha sterke trekk av ein organisasjonstype, men også ha trekk med frå andre organisasjonstypar.

Vareide (2002) seier at sjukehusa ber preg av å omfatte tre ulike organisasjonstypar på ein og same tid:

- Forvaltningsorganisasjonen - som skal sikre prioritering av pasientar, registrering av ventelister og sikring av likeverdig helseteneste. Kjenneteikna av byråkratiske styringsprinsipp.
- Produksjonsorganisasjonen – som ideelt skal tilpassast den einskilde pasient i møte med sjukehuset. Kjenneteikna av brukarorienterte styringsprinsipp.
- Utviklingsorganisasjonen – som skal stimulere til fagleg utvikling, metodeutvikling og utvikling av kompetanse gjennom langsiktig satsing på utdanning og forskning. Kjenneteikna av resultatstyring.

Som ein ser av dette treng ulike organisasjonstypar ulike styringsprinsipp. Kvar type forklarar sjukehuset sin dynamikk og avgjerdsgrunnlag, men det er ikkje slik at ein av dei representerar den riktige karakteristikken av sjukehuset. Det er vel heller slik at dei fungerer samstundes, men i ulik grad. Sjukehuset si komplekse verksemd fører til at mange prosessar innafor ei rekke spesialitetar skjer samstundes. Mange av aktivitetane i sjukehus går på tvers av klinikkar, avdelingar/sengepostar og dette krev ei stor grad av koordinering/arbeidsdeling mellom dei ulike faggruppene.

I løpet av ein 20-års periode har det gjennom ei rekke offentlege utgreiingar og meldingar kome forslag til endring i styring og organisering av sjukehusa (St.meld. nr. 9, 1997-75, St.meld. nr 50, 1993-94, NOU 1996:5, St.meld. nr.24, 1996-97, NOU 1999:15, St.meld. nr. 43, 1999-2000) Problem og utfordringar knytt bl.a. til både styringsstruktur, ressursmangel, kostnadskontroll, effektivitet, struktur, tilgjenge og kvalitet har blitt drøfta. Sjukhusa har ein utfordring i å skape styringssystem som aukar samordning og kontroll, som har rett fokus, som dekker heile den komplekse verksemda og som skapar legitimitet hos ulike profesjonelle grupper (Normann, 2001). Etter kvart som sjukehusa har blitt meir komplekse har det kome nye krav til leiing og administrasjon. I 1996 nedsette Sosial- og helsedepartementet Steineutvalet som skulle utrede intern organisering og leiing i sjukehus. Mandatet var å foreslå tiltak innanfor områda leiing og organisering som kunne betre drifta ved norske sjukehus. Resultatet vart NOU 1997:2:87 og her vart det framheva at sjukehusa si viktigaste utfordring blir å utvikle ein organisasjonskultur der alle er med på å ta eit heilskapleg ansvar for alle resultat og aktivitetar. Det vart peika ut ei retning for framtidens organisering av sjukehus der fylgjande vart vektlagt:

- desentralisering

- frå systemfokus til pasientfokus
- auka tverrfagleg samarbeid
- satsing på utdanning, utvikling og kompetanse av profesjonane
- betrakte dei tilsette som den viktigaste ressursen i organisasjonen
- læringsprosessen i organisasjonen

Eit av måla med å gå frå systemfokus til pasientfokus var at pasientane i større grad skal oppleve kvalitet og samanheng i alle ledd i sjukehus. Det vart gjort greie for eit ynskje om ei meir eintydig og sterk leiing i sjukehus for å stå betre rusta til å løyse styringsproblema.

Spesialisthelsetenestelova §3,9, som trådde i kraft 1.januar 1999, påla alle helseforetak å organisere sjukehusa slik at det berre er ein ansvarleg leiar på alle nivå. Innføring av einskapleg leiing, som i utgangspunktet ikkje var ein del av sjukehusreforma, hadde som hovudformål å tydeleggjere ansvarstilhøva på dei ulike avgjerdnivåa i sjukehus. Innføring av einskapleg leiing vart satt meir fokus på ved innføring av sjukehusreforma og Vareide (2002) beskriv innføringa av einskapleg leiing, med utvikling av ny leiarrolle, som ein av pilarane i den norske sjukehusreforma. Før lovendringa har dei fleste sjukehus hatt ein todelt leiingsmodell der sjukepleiarar har styrt sengepostar og pleie og legar styrt legar og behandling og sjukehusdirektørar og administrasjon har vore lauskopla frå det medisinske systemet (Opedal et al. 2005). Det at sjukehusavdelingar no skal leiast av ein person som ikkje treng å ha sjukepleiefagleg bakgrunn bryt med sjukepleiarane sin lange tradisjon om å leie eige fag. Makta og ansvarsfordelinga som legar og sjukepleiarar tidlegare har hatt er blitt endra. Stillinga som einskapleg leiar er ikkje knytt til profesjon og det har vore store diskusjonar profesjonane imellom om kven som skal inneha stillinga som einskapleg leiar. Begge gruppene har argumentert for å behalde leiinga av sitt eigen disiplin.

I Rundskriv I-9/2002 har helsedirektoratet tydeleggjort lova sitt krav til leiing i sjukehus. Her blir det presisert at det skal vere ein leiar som har det overordna ansvaret på kvart organisatorisk nivå, men at det kan etablerast fleire leiarnivå i ei avdeling for å bl.a. sikre det systemmessige leiaransvaret. Slik delegering fører ikkje til at den einskaplege leiaren kan fråskrive seg ansvaret for det aktuelle område og leiaren beheld full instruksjonsmynde over oppgåver som er delegert og delegeringa kan trekkast tilbake. I NOU 1997:2 punkt 10.1.5.2. heiter det: *"Ivaretakelsen av dette systemmessige ansvaret er et faglig ledelsesansvar, og krever kompetanse innen faget"*.

8.1 Leiing i sjukehus

Leiging er eit mangfaldig omgrep. I etterkrigstida blei leiing oppfatta nærast som eit synonym for vitenskap, administrasjon og drift, medan det i dag er meir vanleg å sjå omgrepet i samanheng med entreprenørskap, fornying og innovasjon (Byrkjeflot, 2002). Leiing kan beskrivast som ein samansett, skiftande og kompleks aktivitet. Strand (2001:11) seier at: "Ledelse som funksjon må forstås i sammenheng med de organisasjonsformene, sektorene og kulturene ledere er satt inn i." Det som skil leiing frå andre aktivitetar kan i fylgje Strand (2001:21) vere kompleksiteten, tempoet, skiftingane, hyppige avbrot, sterk sosial intensitet og at ein er sterkt synleg i organisasjonen. Watson (1994) sitert i Strand (2001) uttrykkjer det slik: "Ledelse er ganske enkelt å drive en organisasjon slik at de forskjellige menneskene som vil ha noe ut av den, ønsker å fortsette å støtte den på en slik måte at den er i stand til å fortsette å eksistere."

Fleire studie har sett på kva dei tilsette oppfattar som viktige faktorar/tilhøve for at ein skal nå ynskja resultat i organisasjonen dei arbeider. Leiinga sin dugleik blir her rangert som ein av dei viktigaste einskildfaktorane og dette kan tyde på at leiing har ein stor symbolverdi (Strand, 2001 og Næss, 2003). Strand problematiserar dette vidare ved å spørje om det betyr at leiing er noko som verkar eller om det er noko vi trur på, eller om det verkar fordi vi trur på det? Kva som påverkar kva, er ikkje alltid enkelt å gje svar på, men resultatane av studia indikerar i alle fall at leiing blir sett på som ein viktig rammefaktor for at organisasjonar skal lykkast i sitt arbeid.

I sjukehusorganisasjonen består aktørane i stor grad av spesialistar med høgt kunnskapsnivå og mykje av avgjeringsane blir teke av specialistane i den daglege behandlinga av pasientane. Kunnskap om kva som er "riktig" blir i stor grad definert av den som utfører den faglege tenesta. Denne kunnskapen er til ein viss grad tilgjengeleg for kollegaer, men hierarkisk overordna har ikkje så lett for å få tilgang på informasjon om aktiviteten. Mange leiingsoppgåver blir difor lett nøytralisert i ein ekspertorganisasjon. Både Strand (2001) og Mintzberg (1993) trekk fram at sjukehus sett på som ein ekspertorganisasjon, på mange måtar representerar ein kontekst for leiing som kanskje meir avgrensar enn gjev rom for leiing. Dersom ein skal få til endring i denne type organisasjonar må ein få dei tilsette aktivt med i prosessane. Ei "ovanfrå og ned" leiing vil fungere dårleg når rutinar og system skal endrast i ein organisasjon med så sterke profesjonar som ein har i sjukehus. Profesjonane har krav og forventningar som må takast omsyn til ved val av organisasjons- og leiingsstruktur.

Strand (2001) seier at det ikkje gjev meining å diskutere leiing på eit generelt grunnlag, utan å ta omsyn til kva som skal leiast og under kva vilkår dette skal skje. Alle organisasjonar har sin struktur og sin kontekst, sin strategi og sine resultat. Dei ulike leiarstrukturane har utspring i korleis ein byggjer opp og ser på den formelle organisasjonen i eit sjukehus (Strand, 2001).

Frå fagleg til profesjonell leiing

Fagleg leiing har vore ein tradisjon i sjukehusorganisasjonen. Den som er mest fagleg dyktig har blitt utpeikt til leiar og ein viktig kvalifikasjon har vore evna til å opptre i pakt med vitskapelege ideal (Byrkjeflot, 1999). Mange leiingsdiskusjonar innan helsevesenet går på kva kvalifikasjonar ein leiar av ei sjukehusavdeling skal ha. Sjukehusa vart fram til innføring av sjukehusreforma i stor grad styrt gjennom parallelle kollegiale leiingshierarki (Torjesen, 2005). Her var tanken at sjukehusavdelinga sin oversjukepleiar og avdelingsoverlege i fellesskap skulle ta i vare avdelingsleiinga, fagleg og administrativt. Avdelingslegen si leiarrolle var orientert mot det kliniske og medisinsk-faglege medan oversjukepleiar hadde mest fokus retta mot dagleg drift. Oversjukepleiar hadde i denne modellen eit formelt sjukepleiefagleg leiaransvar, men studie har synt at fagutvikling ikkje har kjenneteikna desse stillingane (Normann, 2001). Legane har tradisjonelt sett utøvd legeyrket sitt samstundes som dei har vore leiarar, og ein studie av Kragh Jespersen (2005) bygger opp under dette. Hans empiriske studie syner at legane si oppfatning av fag og leiing er nært samankopla. Fagleg og klinisk utvikling står i fokus framfor meir generelle administrative leiaroppgåver. Med innføring av einskapleg leiing blir tradisjonen med å sette fagleg aktivitet fyrst på dagsorden sterkt utfordra. Tankegangen bak einskapleg leiing er at ein fyrst og fremst skal vere leiar, så profesjonsutøvar (NOU 1997:2).

8.2 Einskapleg leiing i møte med praksis

1. januar 1999 vart altså einskapleg leiing innført ved alle norske sjukehus. Reforma kom fyrst og fremst med krav om at det skal vere ein totalansvarleg leiar på alle nivå i sjukehusa, og det presiserast at dette skal vere ei reindyrka leiarstilling. Prinsippet bak innføringa var ynskje om å få ei klar og synleg leiing, samstundes som den som er best eigna til å leie skal leie, altså profesjonsuavhengig leiing. Vedtaket utløyste ein debatt mellom legar og sjukepleiarar om kven som skulle "ha rett på" leiarstillingar i sjukehusa (Torvestad Nerheim, 2005 og Skjøld Johansen, 2005).

Dokumenta bak sjukehusreforma gav i stor grad uttrykk for å endre den formelle leiingsstrukturen, slik at ein kunne skape ei ny type leiarrolle som ikkje berre skulle vere basert på dei tradisjonelle helsefaga. NOU 1997:2 slo fast at den som skulle leie ei sjukehusavdeling måtte ha relevant leiarerfaring og ”nødvendig innsikt i den virksomhet vedkommende har et ledelsesansvar for”. I dokumentet ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv” peikar Helsedepartementet på kor viktig det er å utvikle leiarroller som tar eit heilskapleg ansvar for den verksemda dei er satt til å leie, og å sørge for at dei disponible ressursane brukast slik at dei kjem pasientane og andre brukarar best muleg til gode. Dette stiller klare krav til leiaren si evne til å inneha eit sjølvstendig ansvar for si verksemd og samtidig medverke til heilskapleg gode løysningar.

Innføring av einskapleg leiing har tydeleg samanheng med den påverknad New Public Management har hatt på det norske helsevesen. Christensen og Læg Reid (2002) trekk fram profesjonell leiing som eit av dei sentrale elementa med reforma og denne rolleendringa gjev organisasjonen store utfordringar. Ved profesjonell leiing ser ein leiing som et fag, kor det å utvikle strategiar, meistre endringar og kunne foreta tilpassing i organisasjonen er viktigare enn ein faglig kompetanse i høve produksjonen. Dei påpeikar at det ofte er vanskeleg med rolleendring i offentleg verksemd, pga. at dei blir endra og utøva i eit komplisert samspel mellom individuelle faktorar, organisasjonsforhold, kulturelle faktorar og bevisste reformtiltak.

For å medverke til å ”lette” overgangen til ny leiarrolle i sjukehusa er det sett i verk eit nasjonalt leiingsutviklingsprogram. Her ligg det ei føring på at ein må arbeide med å klargjere og kvalifisere innhaldet i leiarrollene, slik at leiarane kan medverke til å skape felles nasjonal identitet for helseføretaka og at dei oppsette måla realiserast på ein kostnadseffektiv måte. I eit foredrag¹⁸ av Vareide (2004) skisserar han retninga for ei ny leiarrolle:

	”Fagledelse”	”Profesjonell ledelse”	”Forvalter”
Autoritet baseres på:	Kunnskap	Funksjon	Fullmakt
Ansvar er:	Avgrenset	Helhetlig	Formelt
Ledelsesfokus:	Praksis	System	Regler
Styring skjer gjennom:	Instruksjon veiledning	Inspirasjon transformasjon	Instruks vedtak
Styringslogikk:	”Passende/riktig”	Måloppnåelse/resultat	Legal - rasjonell
Syn på ressurser:	Ressurser må tilpasses oppgaven	Tilpassing og ressursutvikling	Oppgavene må tilpasses ressursene
Lojalitet:	Profesjon	Institusjon	Overordnet

¹⁸Foredrag på det nasjonale leiingsutviklingsprogrammet 02.06.04

Tabell 8.1: Nye leiarroller i sjukehus (etter Vareide 2004)

Vareide (2004) legg i sitt foredrag vekt på at fagleg utvikling framleis vil trenge leiing av fagleg karakter og at den største utfordringa blir å integrere den nye leiarrolla med fagleiing og forvaltning. Han påpeikar vidare at det administrative ansvaret i den ”nye leiarrolla” er overgripande og bør oppfattast som eit totalansvar (styring ovanfrå) og at fagleg leiing og ansvar er avgrensa (styring nedanfrå). Helseminister Dagfinn Høybråten la i sitt fordrag om ”Helse-Norge status og veien vidare” i mars 2003 vekt på at for å møte utfordringane og nå måla, er det nødvendig å sikre større profesjonalitet i leiing. Høybråten sa at ein ynskjer å dreie merksemda frå den enkelte leiar og utviklinga av han eller ho, og over til leiing;

”fra administrasjon i forhold til dagens utfordringer og over til **lederskap** – først og fremst som et strategisk verktøy. Uten en bevisst og aktiv strategisk ledelse klarer vi ikke å møte morgendagens utfordringer på en god måte.”

Overgangen frå fagleiing til profesjonell leiing tydeleggjer at kunnskap og erfaring i høve leiing og administrasjon blir meir vektlagt enn kunnskap om faget. Den profesjonelle leiaren har sin lojalitet til organisasjonen som heilskap og ikkje knytt til eit bestemt fag eller ein bestemt profesjon. Leiingsfaget i seg sjølv er viktigare innan profesjonell leiing (Byrkjeflot, 1999). I NOU 1997:2 og i sluttrapporten frå Forum for organisasjonsutvikling i sjukehus er nokre av dei mest sentrale elementa ved leiing oppsummert og dette syner retninga for fokuset ein ynskjer den einskaplege leiaren skal ha:

- *”Ivareta et helhetlig ansvar for driften knyttet til diagnostisering, behandling, pleie og omsorg for en definert pasientpopulasjon.*
- *Identifisere og iverksette tiltak som sikrer nødvendig omstilling i forhold til de krav som stilles til virksomheten på sikt.*
- *Sørge for at avdelingen oppfyller de fastsatte normer og standarder for faglig (forsvarlig) virksomhet.*
- *Ivareta personalansvaret.*
- *Tilrettelegge utdanningen på en tilfredsstillende måte.*
- *Sørge for at forskning og utvikling skjer med den kraft som gjør at sykehuset holder en god faglig standard.*
- *Ha ansvaret for økonomistyringen i avdelingen.”*

(Rapport SHD, 2001:19)

Sjølv om det her vert trekt fram retninga den einskaplege leiaren skal gå mot, gjev NOU 1997:2 og Lov om spesialisthelsetenesta frå 1999 få klare retningslinjer på kven som skal leie sjukehusa og kva som skal vektleggast i leiarskapet. Reforma gjev med dette

rom for tolkingar og ulike løysingar når reforma skal møte praksis. I sjukehus i dag er det som oftast ein sjukepleiar som har den daglege drifta og leiinga av sjukepleietenesta på avdelingane. Stillingsnemning og ansvarsområde varierar frå sjukehus til sjukehus. I sentrale dokument ligg det ikkje noko føring for kva rolle leiarar med delegert systemansvar for sjukepleietenesta på sengepostnivå skal ha.

Det er begynt å komme resultat frå studiar av praksis sitt møte med einskapleg leiing. PhD student, Monica Skjøld Johansen(2005) har intervjuet einskaplege leiarar i kliniske somatiske avdelingar for å få deira syn på kven som bør leie og korleis dei har handtert den nye reforma om einskapleg leiing. Funn i denne studien tyder på at einskaplege leiarar med både lege- og sjukepleiebakgrunn ynskjer reforma velkomne og er klare på at det bør vere einskapleg leiing i norske sjukehus. Problemet syner seg å vere at legane og sjukepleiarane ikkje er samde om kva ein skal forstå med leiing, og slik sett kven som skal leie. Sjukepleiarane er klare på at den einskaplege leiaren bør ha formell leiarkompetanse. Skjøld Johansen (2005) presiserar at dette ikkje må forvekslast med at dei ynskjer ei rein administrativ leiing, som tar utgangspunkt i at leiing er eit eige fag og at leiareigenskapar er generiske. Det ville i så fall tyde på at sjukepleiarane sitt syn på leiing går mot at ein kan vere leiar uavhengig av vedkommande sin profesjon, t.d. økonomisk bakgrunn eller liknande, og det er ikkje tilfelle. Sjukepleiarane argumenterar for ei fagleg leiing der leiarar av sjukehusavdelingar bør ha medisinsk/pleiefagleg bakgrunn i tillegg til formell leiarutdanning.

Legane i studien er ikkje så opptatt av leiarutdanning, og vektlegg heller medisinsk spesialisering innan det fagfeltet ein skal leie. Dei argumenterar for at leiing av sjukehusavdelingar primært handlar om leiing av medisinske fag. Studie av korleis einskapleg leiing fungerer i praksis, syner at det fyrst og fremst er problem i høve det å leie legar. Sjukepleiarane grunngjev dette fyrst og fremst med at legene ikkje ser på ein person med anna fagleg bakgrunn som deira verkelege leiar. Legane ynskjer ein leiar med større fagleg ballast enn dei sjølv, slik at dei har ein å diskutere fag og forskning med, ein som kan rettleie dei og støtte dei i faglege spørsmål. Byrkjeflot (1999) trekker fram at den som kan tilby ein lege dette, blir også sett på som leiar; meisteren i faget rettleiar novisen.

Sjølv om funna i Skjøld Johansen (2005) sin studie syner eit stort sprik mellom legane og sjukepleiarane sitt syn på leiing, syner funna i studien at i det daglege har innføringa av einskapleg leiing ikkje ført til store konflikhtar og samarbeidet fungerer tilsynelatande bra. Det kan sjå ut til at legane og sjukepleiarane i det daglege fordelar arbeidet på same måte som ved todelt leiing. Det vil seie at sjukepleiarane tar seg av

pleiestaben og det administrative, medan legen gjer det legefaglege. Ein kan altså sjå ein inkonsistens i høve organisasjonen sin formelle struktur og korleis det fungerer i praksis. Sosiologen Torgeir Sveri (2004) som også har studert einskapleg leiing i møte med praksis, konkluderar med at avgjerdssystemet i pleie- og behandlingssystemet står fram som meir eller mindre dekopla frå sjukehusorganisasjonen sin formelle struktur, og dermed det formelle leiingssystemet. Avdelingane praktisere ut i frå korleis dei meiner det fungerer best uavhengig av nasjonalt styrte reformer. Dette definerar ein som laus kopla system (Skjøld Johansen, 2005).

8.3 Sjukepleieleiing

Spørsmålet om kven som skal inneha leiarstillingane i sjukehus kan sjåast i lys av profesjonane sin kamp for jurisdiksjon. Sommervold (1997) hevdar at kampen om å inneha leiarposisjonar for sjukepleiefaget brukast som ein strategi for profesjonalisering. Ho hevdar sjukepleiarane ynskjer å brukar leiing for å lausrive seg frå det medisinske hierarkiet, samstundes som dei vil ha tilgang til generelle leiarjobbar og leie hjelpepleiarane. Sjukepleiarane fører altså ein dobbel strategi med både faglege og administrative argument. Diskusjonen om kven som skal leie sjukepleietenesta i sjukehus har gått igjen gjennom heile sjukepleia si historie, heilt sidan læresøstera Rikke Nissen ved Diakonissesjukehuset i 1870-åra protesterte mot mannleg leiing (Melbye, 1990). NSF etablerte i 1925 "Fortsættelses-skolen" som tilbydde vidareutdanning til sjukepleiarar i administrasjon, undervisning og sosialt arbeid. Melby seier fylgjande i høve profesjonen sitt engasjement om leiarposisjonar: *"Sykepleierforbundets interesse for å dyktiggjøre ledersykepleiere var et resultat av ønsket om å hamle opp med legeautoriteten og ruste seg til kontroll over sykepleietenesten"* (1990:298).

I 1930 åra fekk debatten ny aktualitet i og med at sjukehusa hadde vokse i omfang og kompleksitet og samstundes hadde stor sjukepleiemangel. Norsk sjukepleiarforbund argumenterte for at situasjonen ville betre seg om sjukepleiarane fekk leie eige fag. NSF meinte at "rett" leiing ville føre til at arbeidet vart betre og meir effektivt utført, noko som ville kompensere for dei uheldige verknadane sjukepleiemangelen førte med seg. På den tida vart ikkje tilhøve til legane problematisert (Melbye, 1990). Sjukepleiarane argumenterte altså for leiing av eige fag, men samstundes som ein del av det medisinske hierarki og underordna legane. Sommervold (1997) kalla dette ei leiarforståing basert på tradisjonell "managementtenkning" og lausreve frå sjukepleiefagleg kunnskap. Det er viktig i denne

samanheng å trekke fram at alt i 1959 gjekk *Fortsattelsesskolen* over til å bli *Norges Høgre Sykepleieskole* (frå 1965 Høyere), og tilbydde eit 1-årig utdanningstilbod i administrasjon og leiing (Melby, 1990). Det var ei linje for administrasjon og ei linje for leiing. Administrasjon vart definert som det å utføre og føre tilsyn med oppgåver som skal utførast etter dei lover, reglar og instruksar som er knytt til stillinga. Leiing er å sette mål for verksemda og å identifisere og bestemme viktige strategiar for å nå måla (Fause og Michaelsen, 2001, Melby, 1990).

På 60-talet begynte sjukepleiarane å stille spørsmål om legane sin kunnskap i sjukepleie, og starta med dette ein argumentasjon for at leiing blei kopla til den sjukepleiefaglege kunnskapen. Sommervold (1997) trekk fram at dette representerte eit syn på sjukepleie som eit autonomt fag, parallelt med det medisinske hierarkiet, men utan å vere ein del av det. Handal-utvalet i 1971 fastslo at ein sjukepleiar skulle vere administrativ og fagleg leiar av sjukepleietenesta. På alle nivå i sjukehus skulle sjefsjukepleiar ha linjeansvar i høve sjukepleietenesta og sjefslegen linjeansvar for medisinsk teneste. Prinsippet om todelt leiing og linjeansvar for sjukepleieleiarar vart slått fast av Handal-utvalet og vidareført av Mork-utvalet, som utgreia leiing av sjukepleietenesta på alle nivå. Mork-utvalet gjekk inn for at oversjukepleiar skulle vere overordna avdelingssjukepleiar og sjefsjukepleiar skulle vere overordna oversjukepleiar. Unntaket var i medisinsk-faglege spørsmål, der overlegen var overordna. Prinsippet om todelt leiing og linjeansvar for sjukepleieleiarane vart på nytt debattert på slutten av 70-talet, og Øie-utvalet vart då nedsett for å utgreie ansvarsfordelinga i sjukehus. Her vart det foreslått ein overlege som sjukehusavdelinga sin sjef overordna alt anna personell, med både fagleg, administrativt og økonomisk ansvar. Debatten skapte stort engasjement blant sjukepleiarane som ville leie si eiga teneste. Konflikten handla om sjukepleia sin faglege identitet og tilhøve mellom sjukepleie og medisin. Dersom sjukepleiarane aksepterte at legane skulle vere leiarar, sa ein samstundes ja til at sjukepleie var underlagt medisinen. Ei ny innstilling der sjukepleieleiarane fekk linjeansvar og plassert i stab til avdelingsoverlegen som var avdelinga sin øvste leiar kom i 1983 (Melbye, 1990).

Sidan starten på 80-talet og fram til 2002 har sjukepleiarane fungert med ein todelt leiingmodell i lag med legane. Det vil seie at lege og sjukepleiar har hatt eit felles driftsansvar og eit særskilt fagansvar for eiga teneste.

Normann (2001) har studert lege- og sjukepleieleiing i sjukehus og trekk fram at tradisjon, historie og kultur ser ut til å ha prega sjukepleiarane og legane si utøving av leiing. Legane har fyrst og fremst identifisert seg som fagpersonar. Resultatet av dette

har ført til at legane innan den todelte leiingsmodellen i stor grad har overlagt mykje av dei administrative og driftsmessige oppgåvene til sjukepleieleiaren. Legeleiarane har lykkast med å ta i vare sitt fagansvar, medan sjukepleiarane kan synes å ikkje ha lykkast med å ta vare på fagansvaret i den grad dei ynskjer (Normann, 2001). Margrete Sæther (1999) har i sine studiar om sjukepleieleiing konkludert med at sjukepleieleiarar er veldig prega av lojalitet til den formelle organisasjonen og at dette kan føre til stengsel mot å stille krav på vegne av pasientar og pleiepersonale. Ho meiner avdelingssjukepleiar brukar si tid på ein måte som er sløsing med sjukepleiefagleg kompetanse.

Innføring av einskapleg leiing i sjukehus i 1999 skapte ein ny profesjonsdebatt om kven som skal leie sjukehusavdelingar i sjukehus. I praksis betyr einskapleg leiing at både sjukepleiarar og legar har fått tilgang på avdelingsleiarstillingar i sjukehus. Tre undersøkingar i norske sjukehus syner at sjukepleiarane innehar 30% av leiarstillingane i einskapleg leiing. (Intorg, 2004, Opedal et al, 2005, Torjesen, 2004) Undersøkingane syner også at det er færre sjukepleiarar i leiarposisjonar i store sjukehus/føretak enn i små (Intorg, 2004). Torvestad Nerheim (2005) har studert innføringa av einskapleg leiing i sjukehus og ho trekker på bakgrunn av sine data fram at sjølv om sjukepleiarane har nesten 30% av leiarstillingane, så har sjukepleiarane blitt fråtatt viktige kanalar for å bli høyrte i sjukehus. Sjukepleietenesta har i mange høve også mista koordineringsleddet i sjukepleietenesta ved at sjefsjukepleiarstillingar er fjerna mange stadar og oversjukepleiarstillingar i mange høve har fått nye oppgåver og/eller stillingane er fjerna. Sjukepleiarane si sjølvsegte deltaking i todelt leiing er forsvunne. Studien til Torvestad Nerheim (2005) syner også at dei sjukepleiarane som har fått stillingar som einskaplege leiarar ikkje identifiserar seg med sjukepleiefaget sitt. Det ser ut til at sjukepleieleiarane fjernar seg frå sin eigen profesjonsbakgrunn og fullt og heilt identifiserar seg med leiarrolla. Eit viktig element for at ein profesjon skal få høgare status er utviklinga av faget og i kapittel 9 vert sjukepleieprofesjonen sitt arbeid med å utvikle sjukepleiefaget belyst.

8.4 utfordringar for sjukepleieprofesjonen?

Slik eg ser det er det er ikkje berre innføring av einskapleg leiing som har gjeve sjukepleieprofesjonen nye utfordringar. Reforma består av to hovudelement: staten si overtaking av sjukehusa og ei tilknytning mellom sjukehus og stat basert på ein føretaksmodell (Opedal et al., 2005). Norsk helsepolitikk etter 1990-talet har i stor grad

blitt påverka av New Public Management tankegangen. New Public Management (NPM) er ei fellesnemning på ei reformbølge som har prega offentleg sektor dei siste 20 åra, og ein kan spesielt sjå element av NPM i sjukehusreforma (Lian, 2003, Christensen og Læg Reid, 2002). NPM har sterkt fokus på kostnadseffektivitet i motsetning til tradisjonell offentleg forvaltning og legg meir opp til organisasjonsformer som liknar privat sektor. Ein legg opp til ordningar som aukar autonomi og valfridom slik at ein kan drive mest muleg effektivt, i fylgje reformtilhengjarane.

I fylgje Christensen et al (2002: 99) er dei viktigaste elementa i New Public Management :

- *”Oppsplitting og desintegrering av homogene forvaltningsorganisasjoner gjennom horisontal og vertikal differensiering eller spesialisering, herunder fristilling og endring i tilknytningsformer*
- *Vekt på mer profesjonell ledelse i offentlige organisasjoner, med mer autonomi for ledere til å velge virkemidler og bestemme over bruken av ressurser lokalt*
- *Mål og resultatstyring med resultatmål, rapportering av resultater og belønnings- og straffesystemer. Endring i personalpolitikken, med vekt på kontrakter, prestasjonslønn og lønnsulikhet, og mer midlertidighet i ansettelse*
- *Økt konkurranseeksponering for kommersielt orienterte offentlige organisasjoner og markedslignende arrangementer, herunder skille mellom de som produserer og bestiller tjenester, utkontraktering, del- og helprivatisering*
- *Økt vekt på serviceorientering, servicekvalitet, brukerstyring og tjenesteyting*
- *Kostnadsrett og budsjett disiplin”*

Sjukehusreforma var eit resultat av eit ynskje om å effektivisere spesialisthelsetenesta i Noreg. Fleire av elementa i sjukehusreforma kan settast i samanheng med ideane bak NPM. Blant anna vart det i NOU:1997:2:66 trekt fram eit behov for å heve effektivitet og kvalitet, samt betre pasientbehandlninga ved hjelp av omorganisering. Utvalet meinte at synet på leiing måtte oppjusterast og at leiinga skal ha *”en integrerende funksjon, ta ansvar, identifisere flaskehalsar, drive forbedringsarbeid, samt stå ansvarlig for arbeidsmiljø og personal”* (NOU 1997:2:55). Det blir lagt opp til ein meir aktiv og synleg kontroll med prosessar og resultat innan føretaksmodellen. Dette står i tråd med leiingstenkinga dei siste 10 åra som i fylgje Busch m.fl. (2003:169) har fått fokuset på krav til meir resultat- og endringsorientert leiing. Leiingsansvaret i høve økonomistyring er blitt sterkare fokusert på og ein har erkjent at det er naudsynt å kombinere fagbasert leiing med leiing som fag. Fokuset dei nye reformene fører med seg med meir marknadstenking gjer at profesjonane må takle stadig fleire og vanskelege lojalitets- og rollekonfliktar og etiske dilemma. Opstad (2003:268) gjer ei vurdering av

at det kan ligge langt inne for dei sentrale aktørane i helsevesenet å akseptere dei nye økonomiske teoriane, og tenker då spesielt på dei sterke profesjonsgruppene. I den daglege drifta oppdagar ein fort at faglege mål og ynskjer kjem i strid med økonomiske rammer. Med desentralisering av oppgåver og avgjerdsmynde har faglege leiarar i helsevesenet ansvaret for store budsjett. Teknologien gjev stadig nye muligheiter, slik at ein både kan behandle fleire og betre enn tidlegare. Om ressursane er dei same må det gjerast prioriteringar. Den faglege vurderinga blir viktig, men utfordringa blir å integrere økonomisk omsyn inn i dei faglege disposisjonane (Opstad, 2003).

Sjukehuset si inntening avheng blant anna av kor mange DRG¹⁹ - poeng ein kan dokumentere. Alle pasientar blir klassifisert i høve kva sjukdom ein lid av. Både Melander (1999) og Vike m.fl. (2002) problematiserar sjukepleiaren si omsorg innanfor dette økonomiske systemet. Korleis påverkar eit slikt system ein organisasjon der mykje av arbeidet som blir utført ikkje lar seg kategorisere innanfor dei rådande kategoriane? Dersom systemet også skulle omfatte sjukepleiarane sine handlingar ville systemet blitt veldig komplekst. På grunn av at omsorgspersonalet si tid og arbeidskraft ikkje blir sett på som eit avgrensa fenomen, men tvert i mot som opent og fleksibelt, blir dei ikkje sett på som ein verdi av same type som medisinske handlingar som kan kvantifiserast og effektiviserast. Opstad (2003:240) problematiserar også omsorgsverdien med å seie at det ikkje er spørsmål om kva bemanningsfaktor som trengs for å dekke pasientane sine behov. Han seier vidare at det er kostnadane og ikkje behova som skal synleggjerast, og vurderinga om det er økonomisk forsvarleg er her sentral. Vike m.fl. (2002) sitt materiale syner at pleiepersonalet i dette systemet får mindre tid til den einskilde pasient. Dette kan igjen føre til auka risiko for å gjere feilvurderingar av pasientane. Vike m.fl. (2002:130) beskriv situasjonen på fylgjande måte:

”Sykepleierne yter tjenester mer intenst enn de gjorde før – uten helt å vite hvorfor og hvordan – og de gjør med en sterkere overbevisning om at de selv er faglig og etisk mer utilstrekkelige enn tidligere. På denne måten reproducerer de vilkårene for sjukehusets effektivitetsøkning, som synliggjøres i et symbolsystem som skjuler sine egne spor og framstår som et aspekt ved medisinsk behandling. De sikrer en form for fleksibilitet som utgjør en vesentlig buffer.”

Det kan sjå ut til at sjukepleiarane generelt må behandle langt fleire pasientar enn før. Terskelen for å bli innlagt og bli liggande på sjukehus er heva og dette fører til at ein ofte har meir sjuke og omsorgstrengjande pasientar (Melander, 1999 og Vike m.fl.

¹⁹ DRG: Diagnose Relatert Gruppe. Eit system for å klassifisere pasientar etter sjukdomsgruppe og behandlingssomfang (Opstad, 2003:154)

2002). Mykje tyder også på at den einskilde medarbeidar i sjukehus blir stilt overfor høgare krav til tempo, fleksibilitet, resultatorientering og ”forretningsorientering” enn tidlegare. Ei ny undersøking frå Arbeidsforskningsinstituttet (Grimsmo og Sørensen, 2004) om arbeidsmiljøet i sjukehus etter innføring av helsereforma, syner at intensiteten i arbeidet på sjukehusa har auka som følgje av den omfattande omstillinga. Undersøkinga syner at den auka intensiteten kan komme både av at det blir stilt høgare krav til utføringa av den einskilde oppgåva, samtidig som tidspress og krav om økonomisk resultat har auka og bemanninga blitt lågare (Grimsmo og Sørensen, 2004).

Lian (2003:162) stiller spørsmål ved kva som eigentleg skjer med helseprofesjonane og organisasjonen når økonomisk teori kjem inn på arenaen og fokuset blir meir på forretningsaktivitet enn på medisinsk og helsefagleg verksemd. Verdigrunnlaget er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for kvar profesjon, men det er lite med marknadsreformene som stemmer med sjukehuset sitt verdigrunnlag. Økonomiske verdiar vert sett i høgsete og effektivitet blir ein viktig målestokk. For helsearbeidarane har ikkje det viktigaste vore å behandle flest muleg pasientar, men å gje ei kvalitativt god behandling. Det nye styringssystemet kan synast som lite tilpassa den verksemda som føregår og leiarane har i liten grad tatt innover seg marknadsreformene sin hovudintensjon. I høve eit organisasjons sosiologisk perspektiv grunnjev Lian (2003:164) dette med at det er manglande samanfall mellom verdiar helsevesenet baserar seg på og dei verdiar som ligg til reforma. ”*Det er den medisinske kulturen, det vil si den uformelle strukturen av skrevne og uskrevne normer og verdier, som styrer helsearbeidernes tenkning, beslutninger og handlinger*”. Reforma har prøvd å få til ei anna tenking med preg av lønnsemd og inntening. Problemet er at det er forskjell på rett og galt, og det riktige er ikkje alltid det mest lønnsame.

Når staten valde å samle ansvaret for sjukehusa på ei hand, var ein hovudintensjon å gjere sjukehusa betre tilgjengeleg og betre kvaliteten på tenestene. Eit av tiltaka var auka brukarperspektiv. Ein ynskjer å ta med pasientane sine synspunkt i grunnlaget for avgjeringar som skal fattast. Dette er bl.a. klart signalisert i Helseføretakslova sin §35 som gjev pålegg om at det skal opprettast system for innhenting av pasientane sine synspunkt i spesialisthelsetenesta. Melander (1999) og Vike m.fl. (2002) ytrar bekymring for at sjølv om pasient/brukarperspektivet står sterkt, kan det vere grunn til å frykte at ein styringsideologi som i så stor grad har fokus på kostnadseffektivitet kan svekke omsorgsaspektet i pasientbehandlinga. Fleire nordiske undersøkingar syner også til ei slik frykt.

Sentrale dokument bak sjukehusreforma seier at eit viktig kriterium for å sikre kvalitet er at pleie og medisinsk praksis er kunnskapsbasert (evidensbasert). Det blir lagt føringar på at helseføretaka har eit særleg ansvar for at det blir lagt til rette slik at arbeidet med å sikre ei teneste basert på kunnskapsbasert praksis blir ein integrert del av den samla faglege verksemda (SHD, 2001:11). I fylgje Folgerø Johannessen (2005) er det stort samanfall mellom evidensbasert praksis og den bedriftsøkonomiske inspirerte tenkinga som pregar norsk helsevesen. Den nye måten å tenke økonomi og leiing på har ført til endra språkbruk slik at ein i dag snakkar om produksjon, kvalitetskontroll og kunde. Dette språket kommuniserar best med dei positivistisk empiriske vitskapsideala som har vekt på målingar og effekt. Gjennom evidensbasert praksis skal den faglege kvaliteten og dermed pasienten best sikrast. Med strenge krav til vitskap skal evidensbasert praksis fungere som ein buffer også mot kvasivitskapleg dokumentasjon av effekt, som kan vere meir forankra i økonomiske interesser enn i pasienten (Folgerø Johannessen, 2005:10).

Oppsummering

Hovudtrekka i organisasjonsstruktur og leiing i sjukehus er her søkt beskrive. Sjukehus er blitt beskrive som ein samansatt kompleks organisasjon med mange aktørar, arbeidsoppgåver og prosessar som skal fungere samstundes. Arbeidet må organiserast etter dei lover og forskrifter som til ein kvar tid er gjeldande og arbeidet er kjenneteikna av å fylgje ein spesiell infrastruktur med ein formell arbeidsinstruks, der kven som skal gjere kva er rimeleg avklart. Likevel vil dei ulike profesjonane og yrkesgruppene i sjukehus påverke systemet og prosessane i stor grad også uformelt.

Sjukehuset som organisasjon og korleis leiinga er organisert påverkar det som skjer i organisasjonen. Sjukehusreforma med einskapleg leiing spesielt hadde som eit av sine formål å gjere ansvarsdelinga i sjukehus klarare. Dagens leiingssystem bryt med det tradisjonelle leiingssystemet i sjukehus og har ført til endra maktforhold. Tidlegare har profesjonane, i alle fall til ei viss grad, bestemt over sin ei eiga verksemd inne i institusjonen – på den einskilte avdeling. Dette har i prinsippet vore muleg på grunn av at sjukehuset sin faglege struktur som har vore sterkt desentralisert. Sjukepleietenesta har slik sett tradisjonelt vore leia av ein sjukepleiar, sjølv om ein sjølv sagt har vore underlagt administrative rammer og blitt påverka av krav om endring, medisinsk teknologisk utvikling og spesialisering. Sjukepleiarane har likevel hatt ein viss fagleg autonomi med omsyn til både organisering av sjukepleietenesta og den faglege utviklinga. Det er på bakgrunn av dette rimeleg grunn til å tenke seg at endra

leiingsstruktur/maktforhold vil påverke utviklinga av sjukepleiefaget i ei eller anna retning. I tillegg er det også kome endringar i sjukehusa gjennom endra eigarskap, konkurranse og marknadsøkonomi.

9. Sjukepleie og kompetanseutvikling

I takt med samfunnsutviklinga endrast krava til kva kompetanse som er nødvendig eller ynskjeleg. Dagens informasjonssamfunn fører til ei stadig raskare utvikling og dette krev at helsepersonell aktivt jobbar for å halde seg oppdatert på ny kunnskap. Lov om helsepersonell forpliktar helsepersonell å handle innanfor sitt kompetanseområde for å oppfylle kravet om fagleg forsvarlighet. I spesialisthelsetenestelova vert sjukehusinstitusjonen sitt ansvar presisert i høve det å sjå til at helsepersonell får opplæring og etter- og vidareutdanning for å utføre fagleg forsvarleg arbeid. Eg ynskjer her å gjere greie for sjukepleieprofesjonen si utvikling og sjå på arbeid med kompetanseutvikling for sjukepleietenesta innanfor sjukehusorganisasjonen.

9.1 Sjukepleie som profesjon

Profesjonane spelar ei viktig ramme i sjukehussektoren og sjukepleiarane og legane er mellom dei eldste profesjonane i helsevesenet. Ein profesjon kjenneteiknast ved at ein har eit yrke som krev høg teoretisk utdanning og at ein er relativ sjølvstendig i yrkesutøvinga, det vil seie at ein baserar seg på spesialisert og teoretisk kompetanse. Eit viktig bidrag i profesjonsforskning i si tid var Ulf Torgersen (1972) si bok "Profesjonssosiologi". Her blir føresetnadane for profesjonalisering omtala og trinna i profesjonsprosessen drøfta. Torgersen definerar profesjon som:

"når en bestemt langvarig formell utdannelse erverves av personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte yrker, som ifølge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med denne utdanninga." (1972:10)

Ein profesjon har oftast ein profesjonell yrkesetikk eller ideologi som ein ynskjer skal vere retningsgjevande for verksemda. Det skal vere ein garanti for at arbeidet som blir utført skal halde høg fagleg standard og at handlingane ikkje er tilfeldige, eller eit resultat av ubevisst tradisjon og vane, men eit bevisst val (Halvorsen, 2005:153).

Profesjonalisering er den prosessen ei yrkesgruppe har vore gjennom for å få status og autonomi som profesjon. Ein viktig del av sjukepleiarane sin profesjonaliseringsprosess var å få treårig formell utdanning. I 1948 vart prinsippet om formell treårig utdanning vedtatt og ein fekk lova om offentleg godkjenning av sjukepleiarar (Melby, 1990). Norsk sjukepleiarforbund engasjerte seg sterkt i prosessen for å sikre ei sjølvstendig utdanning. Dette vart sett på som eit vesentleg ledd i å styrke sjukepleiefaget og profesjonen. Sjukepleiarane måtte derimot kjempe for sin

profesjonsstatus og i profesjonslitteratur har dei blitt kalla for ein semi-profesjon. Med semi-profesjon meiner Etzioni:

” a group of new professions whose claim to the status of doctors and lawyers is neither fully established nor fully desire. Lacking a better term, we shall refer to those professions as semi- professions. Their training is shorter, their status is less legitimated, their right to privileged communication less established, there is less of a specialized body of knowledge, and they have less autonomy from supervision or societal control than ”the ” professions”. (Etzioni, 1969:V)

Ein semi-profesjon ligg i sjiktet mellom etablerte profesjonar og yrkesgrupper med mindre status. I høve legeyrket har sjukepleiarane kortare utdanning, lågare status og mindre autonomi, noko som er trekk ved ein semi-profesjon (Etzioni, 1969:Vi). Sjukepleiefaget har derimot utvikla seg over tid frå å vere eit fag som i stor grad var basert på praktisk opplæring til å vere ei utdanning på høgskule- og universitetsnivå. For sjukepleiarane sin profesjonaliseringsprosess var nettopp det å få til ei formell treårig utdanning veldig sentralt (Melby, 1990). I 1981 vart utdanninga av sjukepleiarar overført til høgskulesystemet i Noreg. Frå 1994 har utdanninga vore organisert saman med andre profesjonsutdanningar og regulert etter Lov om universitet og høgskular. Dette betyr at utdanninga til sjukepleiarar til ein kvar tid skal vere basert på det fremste innan *forskning, kunstnarisk utviklingsarbeid og erfaringskunnskap* (Lov om universitet og høgskular, 2005).

Sjukepleiarutdanninga sin overgang til høgskulesystemet førte til eit stort kvalifiseringspress på lærarane til å skaffe seg lektorkompetanse. Frå og med nittitalsreformene innan høgskulesektoren er kravet mot fagleg utviklingsarbeid, forskingskvalifisering og doktorgrad auka. Sjukepleiefaget fekk på bakgrunn av blant anna auka kompetansekrav etablert eigne institutt for sjukepleievitskap ved Universitetet i Bergen i 1977, Universitetet i Oslo i 1985 og ved Universitetet i Tromsø i 1989. Profesjonaliseringa og vitskapleg gjeringa av utdanninga har vore med på å utvikle sjukepleie til eit tilnærma sjølvstendig kunnskapsområde og slik sett kan denne utviklinga synes gje sjukepleieprofesjonen høgare status og ein betre definisjon (Christiansen, Heggen, Karseth, 2004, Kvangarsnes, 2005).

Slik måla for sjukepleietenesta er formulert i dag i Rammeplan og forskrift for Bachelor i sjukepleie (2004), syner ein til sjukepleiefunksjonen som både består av eit sjølvstendig ansvar for eigne oppgåver og eit sjølvstendig ansvar for delegerte oppgåver²⁰. Sjukepleiekunnskap skal setje ein i stand til å ivareta den sjuke på ein heilskapleg måte ut frå forståing av pasienten si oppleving av helsesvikt og trussel om

²⁰ Legane delegerar bl.a. ansvaret for medikamenthandtering til sjukepleiarane.

helsesvikt. Sjukepleiaren skal ha kunnskap om og vidareutvikle kliniske metodar for pleie og omsorg ved ulike sjukdomstilstandar og i førebyggjande og helsefremjande arbeid. Sjukepleiekunnskapen inneber at sjukepleiaren har eit sjølvstendig ansvar i høve iverksetting og oppfølging av forordna behandling, legemiddelhandtering og informasjon, observasjon, vurdering og rapportering av effekt (Rammeplan for sykepleierutdanning, 2004). Sjølv om det her er understreka at sjukepleiaren har eit sjølvstendig ansvar for ulike oppgåver, må sjukepleiarane samarbeide med andre profesjonar og yrkesgrupper for at alle oppgåver skal bli løyste.

I takt med auka spesialisering knytt til utviklinga innan medisin har det utvikla seg nye yrkesgrupper til å ta seg av ulike funksjonar knytt til den medisinske behandlinga (t.d. bioingeniørutdanning, radiografutdanning, ergoterapiutdanning, fysioterapiutdanning). Dette har medført at helsevesenet har fått stadig nye profesjonar som kjempar for si rolle og hegemoni på bestemte yrkesfunksjonar (Kvangarsnes, 2005). Innføring av jurisdiksjonsomgrepet kan sjåast på som eit nøkkelomgrep for å forstå denne samhandlinga. Jurisdiksjon overført til profesjonsteori tyder yrket si mynde eller ansvar innan eit ansvarsområde (Erichsen, 1996:46). Jurisdiksjonsomgrepet seier altså noko om kven som "eig" dei ulike arbeidsoppgåvene innanfor eit system. Tradisjonelt har legane hatt stor autonomi og vore leia av sine egne, medan sjukepleiarane har vore underordna legane og hatt avgrensa jurisdiksjon. Sjukepleiarane sine oppgåver som assistanse av legar og pleie og omsorg for pasientar har vore sjukepleiarane sitt jurisdiksjonsområde. Sjukepleiarane har kjempa for å syne at deira kunnskap om pleie og omsorg er eit eige fagfelt og eit eige jurisdiksjonsområde. Her har Norsk sjukepleiarforbund stått sentralt, med blant anna utarbeiding av funksjonsbeskrivingar for å klargjere sjukepleiarane sine oppgåver. Gjennom funksjonsbeskrivingar søkte ein å styrke sjukepleiarane sin eigen fagidentitet og syne sjukepleiarane sine kunnskapsområde overfor omgjevnadane (Melby, 1990:293). Sjukepleiarane sin kamp for å få ein høgare status i profesjonshierarkiet kan sjåast på som ein kamp for å endre jurisdiksjonstilhøve mellom legar og sjukepleiarar. Abbot (1988:87-90) seier at for å utvide sin jurisdiksjon må profesjonane kjempe for dette enten ved å skvise ut andre eller ved å gå inn på eit område som er "ledig". Endringar i systemet oppstår ved at eksisterande aktørar endrar eller avsluttar sitt jurisdiksjonsområde, eller ved at ei ny profesjonsgruppe kjempar seg inn i systemet.

Det historiske bildet som er blitt gitt her syner ei yrkesgruppe med sterke historiske tradisjonar og eit "myndig" fagforbund som har hatt stor innverknad på utviklinga av sjukepleifaget som profesjon. Sjukepleieprofesjonen har arbeidd aktivt for

å få status som profesjon. Vitskap, systematiske kunnskapar, bestemte yrkesfunksjonar, etisk standard, indre kontroll og yrkesforbund er omgrep NSF har sett på som sentrale for å utvikle seg til ein profesjon (Kvangarsnes, 2005:55).

Kompetanseutvikling

Blant profesjonane har omgrepet kompetanse alltid stått sentralt. Dette står i samanheng med at profesjonane sin samfunnsmessige legitimitet blant anna heng nært saman med dei profesjonelle sin kompetanse som igjen ligg til grunn for deira legitimitet (Nygren, 2004:20) Kompetanseomgrepet stammar frå latin, *competentia*, som tyder samantreff eller ”skikkethet”. Skau (2005:55) seier at det å vere kompetent bl.a. inneberer at ein i kraft av si stilling har rett eller myndigheit til å gjere noko. At nokon har dei nødvendige kvalifikasjonar til å fylle stillinga, ivareta bestemte oppgåver eller uttale seg om spørsmål. Det å vere kompetent kan med dette som grunnlag tyde at ein er skikka eller kvalifisert til det ein gjer, det vil seie at det er samanfall mellom dei oppgåvene ein skal gjere og dei kvalifikasjonane ein har (Skau, 2005).

Det har alltid vore behov for at ein som yrkesutøvar skaffar seg bestemte former for kompetanse for å møte dei krav ulike oppgåver og omgjevnadane stiller. I takt med samfunnsutviklinga blir og krava til kva kompetanse som er nødvendig endra. Krava til kompetanseutvikling koplast ofte opp mot ”omstilling”. Vi skal omstille oss dei nye krava som samfunnsutviklinga fører med seg, slik at vi utviklar ein kompetanse som gjer at vi meistrar dei nødvendige og raske omstillingane som eg tidlegare har synt at eksempelvis sjukehusreforma har ført med seg. Styresmaktene i Noreg har møtt kravet om auka kompetanse med bl.a. kompetansereforma²¹. Målsettinga med kompetansereforma er å gje den einskilde vaksne yrkesutøvar betre muligheit for opplæring og kompetanseheving. Det vert trekt fram at reforma er basert på samfunnet, arbeidslivet og individet sitt behov for kompetanse.

Kompetanseomgrepet er kontekstuelt og gjev mening i ein samanheng i høve til ei arbeidsoppgåve, funksjon eller yrkesrolle. Profesjonell kompetanse eller profesjonalitet kan ein seie består av både teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheitar og personleg kompetanse. Alle tre aspekta kjem til uttrykk samstundes, men med ulik tyngde, i alle yrkesrelaterte handlingar og samhandlingar. For å bli ein kompetent yrkesutøvar må ein utvikle alle tre aspekta (Skau, 2005). Nygren (2004) har studert den einskilde si læring og utvikling av profesjonell handlingskompetanse og han seier i boka ”Handlingskompetanse” at profesjonane si kompetanseutvikling ikkje

²¹ St.meld.nr.42 (1997-98) Kompetansereformen

berre skjer i formelle profesjonsutdanningar via universitet og høgskular, men og i form av opplæring på arbeidsplassen, vidareutdanningar, kontinuerleg fagleg oppdatering, rettleiing i praksis osv. (2004:20).

Nordhaug (1998) skriv om kompetanse og kompetanseutvikling i arbeidslivet basert på ein rekke studie i ulike bedrifter og han legg i sin definisjon av kompetanse vekt på dei same elementa som Skau (2005). Han seier at kompetanse består av kunnskap, ferdigheter og evne, og at kompetanseutvikling koplpar individuell utvikling og bedrifta sitt kompetansebehov for å nå organisasjonen sine mål (Nordhaug, 1998:20). Elementa blir gjeve fylgjande innhald:

- Kunnskap forståast på ein enkel måte som ulike former for informasjon som er meir eller mindre organisert hjå individet.
- Ferdigheter beskrivast som kapasitetar til å handle på bestemte måtar, og for å utføre konkrete oppgåver. Føresetnaden for å utøve ferdigheter er ofte at både bestemte kunnskapar og evne er tilstades på førehand.
- Evne blir sett på som medfødde, potensielle kapasitetar til å utvikle ferdigheter eller kunnskapar. Det finns ulike definisjonar av omgrepet kompetanse

Nordhaug trekk fram kor viktig det er at ein trekk inn holdningar, innstillingar og motivasjon som element når ein snakkar om individuell kompetanse, særleg innanfor omsorgs- og serviceyrke. Motivasjon og holdningar er tilhøve som kan verke inn på bruken av eller utnyttinga av kompetansen (Nordhaug, 1998:21). Nordhaug sin definisjon på kompetanse er eit av dei grunnlaga norske styresmakter har nytta som grunnlag når dei gjer greie for kompetanseomgrepet i NOU 1997:25, som var grunnlaget for kompetansereforma. I tillegg til at dei her seier at hjå individa er det: *”kunnskaper, ferdigheter og evner som kan bidra til å løse problemer og /eller utføre arbeidsoppgaver”*, så seier dei at *”Den kompetanse som eit individ har, påvirker dermed produktiviteten i en arbeidssituasjon”* (NOU 1997:25). Både individuell kompetanse og felleskompetanse vert her vektlagt. Felleskompetanse er avhengig av korleis den individuelle kompetansen står i høve til kvarandre, korleis den settast saman, korleis den gjensidige læringa som skjer i gruppa og organisasjonen si evne til å utnytte den einskilde sin kompetanse på ein god måte. Ser ein på kompetanseutvikling på denne måten vil individet si kompetanseutvikling vere eit viktig bidrag til utvikling av felleskompetanse. I dette perspektivet vert leiarar i organisasjonen sentrale i høve

vurdering av behovet for kompetanse og det vert i denne studien sett på kompetanseutvikling som beståande av element som leiarar kan vere med å utvikle.

I dagens sjukehusavdelingar ligg det klare forventningar til sjukepleiarane om at ein skal ha klinisk kompetanse, men forventningar til yrkesrolla som sjukepleiar legg også vekt på at sjukepleiaren må forstå og handtere sjukepleia sine rammer. Sjukepleiarane treng organisatorisk kompetanse for å fylle ei profesjonell yrkesrolle (Orvik, 2004:17). Orvik (2004) argumenterar for at i tillegg til klinisk kompetanse treng sjukepleiarane organisatorisk kompetanse i form av *organisasjonskompetanse*; det å forstå helseorganisasjonen som system og *organiseringskompetanse*; det å kunne organisere pasientarbeid. At sjukepleiarane er dyktige til å organisere, kan vere avgjerande for den faglege kvaliteten og for pasientane si oppleving av kvalitet på behandling og omsorg. God arbeidsorganisering i akutte situasjonar kan f.eks. vere svært avgjerande for at pasienten overlever.

Sveiby og Risling (1987) lanserte uttrykket den dobbelte sjukepleiarkompetansen. Hovudargumentet deira var at kvaliteten på tenestene til brukarane blir betre når dei profesjonelle i tillegg til fagleg kompetanse også utviklar kompetanse i organisering. Spesielt trekker dei fram at dette er viktig i sjukehus pga. at det der er ein nær samanheng mellom pasientbehandling og organiseringsmåtar.

I ein dansk intervjuundersøking gjennomført av Krøll og Hansen (2000) vart det forska på sjukepleiarkompetanse. Ein av deira hovudkonklusjonar er at framtidens sjukepleiarar treng organisatorisk kompetanse. Hovudargumentet er auka internasjonale krav om kontekstavhengige kompetansebeskrivingar. I den danske undersøkinga blir det vist til Det Rådgevande Utvalg i Europakommisjonen som no stiller krav til at kompetansebeskrivingar for sjukepleiarar blir kontekstavhengige. Det betyr at kompetansen blir vurdert og beskrive i høve tre kriteria: behovet for sjukepleie i samfunnet, den profesjonelle standarden og omsynet til organisasjonen (Krøll og Hansen, 2000). Her kan ein sjå dei tre arbeidskontekstane; fag (pasient), arbeidstakar (profesjon) og organisasjon (produksjon).

Omgrepet **kompetanseutvikling** ligg tett opp til omgrepet læring som handlar om *"prosesser som fører til endringer i en eller flere av dimensjonene kunnskap, ferdigheter, kognitive evner, holdninger eller andre personlighetsrelaterte faktorer"* (Nordhaug, 1998:31). Tiltak for læring involverar meir eller mindre personlig aktivitet og ulik grad av planlegging og formalisering. Nordhaug (1998:32) har utvikla eit læringshierarki i arbeidslivet der læringstypane er rangert etter kor bevisste, planlagde, formelle og resultatorienterte dei er. Til høgare ein kjem i hierarkiet, til færre er det som

deltar i læringa. I sjukepleiefaget reknar ein ulike vidareutdanningar i sjukepleie som planlagt læring på eit høgt trinn, som krev høg aktivitet av sjukepleiarane og som omfattar relativt få sjukepleiarar. Alle sjukepleiarar kan forventast å ha ein passiv og ubevisst læring. Kurs er eit eksempel på planlagt, uformell læring på eit relativt lavt trinn. Medarbeidarsamtalar er eit eksempel på planlagt, uformelt utviklingstiltak, som også involverar leiarane. I desse samtalane kan ein få avklart behov og komme med forslag til tiltak som kan skape utvikling både for den tilsette og leiaren.

Nordhaug (1998) beskriv utviklinga av kompetanse som ein trinnvis prosess som evaluerar eksisterande kompetanse mot framtida sitt behov for kompetanse. Han ser kompetanseutvikling som noko bedrifta må planlegge, organisere og utnytte. Kompetansen består av dei tilsette sin samla kompetanse og felleskompetanse på arbeidsgruppenivå og einingar som ikkje kan tilbakeførast til kvart einskild individ.

Ofte blir kompetanseheving og kompetanseutvikling brukt som synonym, men det å vere kompetent treng ikkje å vere det same som at ein har høg kompetanse. Det kan bety at ein har ein verdifull og riktig kompetanse i høve dei krav både dagens og framtida sine oppgåver stiller. Ved kompetanseheving utviklar ein høgare og meir spesialisert kompetanse. Kompetanseutvikling kan også ha som mål å gje endra eller ny kompetanse, f.eks. endra holdningar, breiare kunnskap eller korrigering av ferdigheter. Einsidig satsing på kompetanseheving kan i fylgje Lai (2004:13) vere feil veg å gå dersom dette ikkje er i samsvar med dei konkrete kompetansekrava og behova organisasjonen og den einskilde arbeidstakar har. For å kunne møte dei utfordringane som fylgjer eit stadig endra kompetansekrav, meiner Lai at ein satse systematisk og målretta på kompetanse. Lai (2004) seier vidare at dette inneberer at leiinga bør utvikle ein overordna plan for arbeidet med kompetanse, basert på analyse av faktiske krav og behov. Ein leiar bør arbeide systematisk med tiltak for å skaffe, utvikle og mobilisere og eventuelt avvikle kunnskap. Nordhaug (1998) legg i sin definisjon på kompetanse til grunn at måla og strategiane til sjukehuset i stor grad må koplust til planlegging av kompetanseutvikling. Han vektlegg at den menneskelege kompetansen må koplust til bedrifta sine mål og strategiar ved planlegging av kompetanseutvikling. Ut i frå Lai (2004) og Nordhaug (1998) sine resonnement kan ein tenkje at kompetanseutvikling best kan skje når leiarar på alle nivå i organisasjonen ser nytten av å sette kompetanseutvikling på dagsorden.

9.2 Kunnskapsutvikling innan sjukepleieprofesjon

Norsk sjukepleiarforbund engasjerte seg tidleg i spørsmål om kompetanseutvikling for sjukepleietenesta. Vidareutdanningstilbod til sjukepleiarar kom på dagsorden alt i 1919 og i 1925 blei det fyrste "fortsettelseskurset" haldt. Det varte i tre månader og vart grunnlaget for Fortsattelsesskolen. Fortsattelsesskolen gav heilt frå 1925 til 1985 tilbod om vidareutdanningar. I 1957 vart den til Noregs Høyere Sykepleieskole og i 1972 til Noregs Sykepleierhøyskole før den vart nedlagt i høve oppretting av Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Norsk sjukepleiarforbund stod bak vidareutdanningstilboda som vart oppretta gjennom "fortsattelsesskolen" og gav på den måten eit bidrag til at sjukepleiarane sjølv tok leiing over yrket og fekk kontroll med både kunnskapsgrunnlaget og yrkesutøvinga (Melby, 1990).

Gjennom leiingshistoria til sjukepleietenesta ser ein at sjukepleiarane i sjukehus har lang tradisjon med å leie eige fag og såleis også har hatt ansvar for å drive kompetanseutviklingsarbeidet for sjukepleieprofesjonen. Tradisjonelt har sjukepleietenesta hatt ein hierarkisk struktur med tre leiingsnivå som kvar har hatt eit klart definert ansvarsområde. Sjefsjukepleiar har vore organisert både i linje og stab. Ved linjeansvar var sjefsjukepleiar den øvste faglege ansvarleg for sjukepleietenesta og i stab fungerte sjefsjukepleiar som rådgjevar ovanfor direktøren i sjukepleiefaglege spørsmål. Busch og Vanebo (2000) trekk fram at fordelene med ei organisering i linje er klare informasjonslinjer og ansvarsforhold, men at ulempene er ein rigid organisasjon med ein tungrodd avgjerdsprosess, samstundes som avgjeringar ikkje vert tatt av dei som har direkte kontakt med problemet. Ei organisering av sjefsjukepleiar i stab var ein måte å innføre ein flatare struktur på og den overordna daglege leiinga av sjukepleietenesta vart då liggande på oversjukepleiarnivå. Oversjukepleiar hadde i denne modellen ein avdelingssjukepleiar under seg som i stor grad tok ansvaret for den daglege drifta. I NSF sin funksjonsbeskriving frå 1994 vart avdelingssjukepleiar tillagt ansvar for "fagleg leiing", "økonomi og drift" samt "personalforvaltning" (NSF, 1994). Avdelingssjukepleiar i denne modellen er den som har dagleg nærleik til pasientar og personale og dermed får nært kjennskap til kva faktorar som hemmar og fremmar kvalitet og effektivitet på sjukepleietenesta.

I tillegg til at avdelingssjukepleiar i den todelte leiingsmodellen tradisjonelt har hatt nær kontakt med pleiepersonale og pasientane, har også pleiepersonale i stor grad sjølv tatt ansvar for utviklinga av eige fag. Pleiepersonale har utvikla ei forståing av kva som er god kvalitet på arbeidet i nært samarbeid med kvarandre og i nærleik til

pasienten (Hamran, 1992). Pleiepersonale har utvikla eit eige praksisfellesskap ”**Communities of practice**”, der ingen har blitt vurdert som betre til å vurdere og bedømme eige fag enn yrkesgruppa sjølv. I fylgje Hamran (1995) har det eksistert ei form for eigeansvar eller autonomi innan sjukepleietenesta. Lave og Wenger (1991) introduserte omgrepet ”Communities of practice” – praksisfellesskap – for å skildre personar si deltaking i ulike verksemdssystem som deltakarane skapar gjennom å koordinere sine handlingar på bestemte måtar. Wenger (1998) vektlegg sjølve kombinasjonen av praksis og fellesskap. Han seier at det som karakteriserar eit praksisfellesskap er ein indre samanheng skapt av tre dimensjonar: eit gjensidig forpliktande engasjement hjå deltakarane, eit felles fortakande og eit felles repertoar. Deltakarane sine kompetansar supplerar og overlappar kvarandre. Ut i frå sine ulike posisjonar, kompetansar og interesser forhandlar deltakarane kontinuerleg med kvarandre om utforminga av praksis. Kva er viktig? Kva er mindre viktig? Korleis skal vi forandre praksis, og kvifor? (Wenger, 1998).

Utviklinga av eit praksisfellesskap for sjukepleietenesta i sjukehus har vore muleg i den todelte leiingsmodellen, i og med at den faglege strukturen har vore sterkt desentralisert (Hamran, 1995:40). Praksisfellesskapet for pleietenesta har i tillegg stort sett vore eit kvinnefellesskap. Pleie av sjuke er eit av dei mest omfattande kvinneyrka i landet og faget sjølv er utvikla av generasjonar av kvinnelege pleiarar. Kvinnene hadde kulturen og kunnskapen og difor var det også dei sjølv som måtte justere og gjere arbeidet betre i tråd med utviklinga i samfunnet. Pleiarane har blitt nøydt til å foreta ei kontinuerleg fagleg vurdering av korleis pasienten har det. Arbeidet er kjenneteikna av eit nært samarbeid forankra både i og gjennom sjølve arbeide. Ein arbeider saman og avløysar kvarandre. Avløysing krev også samarbeid, f.eks. gjennom munnlege rapportar (Hamran, 1995).

Til tross for ein desentralisert fagleg leiingsstruktur og eit sterkt praksisfellesskap har tidlegare studium synt at arbeidsdagen til ein avdelingssjukepleiar i stor grad har handla om personal- og pasientadministrasjon (Havn, 1996, Aase, 1999, Norman, 2001, Schei, 2003). I fylgje funna i desse studia kan dette synast å ha fortrent mulighetene til å drive med fagleg leiing. Mange sjukehus har oppretta stillingar som fagutviklingssjukepleiar eller assisterande avdelingssjukepleiarstillingar for å ivareta utviklinga av faget. Spørsmålet om det er lurt å delegere arbeidet med utviklinga av faget vekk frå dei formelle leiarstillingane har vore reist ved mange høve. Val av løysing kan syne seg prinsipielt viktig over tid, på grunn av at det vil vere avgjerande

om avdelingssjukepleiar blir rein administrator eller beheld og utviklar sentrale element i den faglege leiinga (Normann, 2001, Schei, 2003).

Med stillingane som sjefssjukepleiar, oversjukepleiar og avdelingssjukepleiar var sjukepleieprofesjonen representert i alle organisasjonsnivå i sjukehus. I mange sjukehus var det slik at oversjukepleiarane og sjefsjukepleiar hadde eit eige sjukepleieråd der fagdiskusjonar stod i fokus. Sjukepleierådet gav råd til direktøren i saker der direktøren bad om råd eller dei kunne på eige initiativ reise saker og kome med innstillingar til direktøren.

Innføringa av einskapleg leiing markerar eit brot med tidlegare praksis i og med at ansvaret for sjukepleietenesta ikkje lenger treng å ligge til leiar med sjukepleiefagleg bakgrunn. Ansvaret for kompetanseutviklinga for sjukepleieprofesjonen er lagt til organisasjonen/helseføretaket og ikkje til dei einskilde profesjonane i sjukehuset slik som modellen med todelt leiing la opp til. Ny organisasjonsmodell har ført til at sjukepleietenesta er blitt ein del av avdelinga sine felles tenester (Orvik, 2004:111). I tillegg til einskapleg leiing er også sjefsjukepleiarstillingane tatt vekk i dei fleste sjukehus og sjukepleietenesta har såleis mista ei stemme på organisasjonsnivået. Grunngevinga for å innføre einskapleg leiing var blant anna at ein ynskja ryddigare ansvarstilhøve og tydeleggjering av arbeidsgjevar sitt ansvar. Frå sjukepleiarhald har det blitt reist bekymring mot den endra leiingsstrukturen. Dette har samanheng med frykt for at den einskaplege leiaren ikkje vil sjå det som sitt ansvar å drive med kompetanseutvikling i sjukepleietenesta, men berre for legetenesta, og såleis ikkje ta eit heilskapleg ansvar for ei samla kompetanseutvikling i helsetenesta. Orvik (2004:112) seier at ein kan sjå ei redsle for at sjukepleie som fag og teneste skal bli usynleggjort og slukt av andre fag, ikkje minst av medisinen.

Utviklinga i helsetenesta har gått mot stadig meir avansert behandling og behovet for etter- og vidareutdanning har blitt stort. Tidlegare vart det skilt tydeleg mellom etter- og vidareutdanning, men dette skilje er i ferd med å forsvinne. Etterutdanning var av mindre omfang, av kortare varigskap og ikkje formalisert gjennom høgskulane. I dag ser ein at kompetanseheving i aukande grad formaliserast gjennom høgskulane, i samarbeid med praksis, og utdanninga gjev uttjeljing i form av auka kompetanse og studiepoeng. Ein studie av 590 nyutdanna sjukepleiarar på Vestlandet syner at 9 av 10 sjukepleiarar hadde planar om vidare studiar i framtida. 34% ville ta helsesøster eller jordmorutdanning, 30% hadde ynskje om utdanning innan akutt kritisk sjuke og 26% ynskja ei studieretning innan administrasjon og leiing. 2 av 10 sjukepleiarar var 3,5 år etter avslutta grunnutdanning i gang med vidare studie. Dei

fleste av desse haldt på med ei spesialutdanning i sjukepleie, deretter følgde universitetsfag og leiingsfag. Halvparten av desse sjukepleiarane finansierte studiane sine sjølv, medan den andre halvparten fekk utdanninga heilt eller delvis finansiert av arbeidsgjevar (Førland, 2005). Dette utgjer den formelle delen av kompetanseutviklinga.

Tiltak for læring innanfor organisasjonen blir omtala som den meir uformelle delen av kompetanseutviklingsarbeidet, men ikkje dermed i tydinga at den er mindre viktig. Nordhaug (1998) trekk fram at innanfor yrker som er sterkt kunnskaps- eller ferdigskapsbaserte, som f.eks. sjukepleie, og der utviklinga går raskt, er tiltak for å skape sjølvstendige læringsprosjekt særleg viktige. Individuelle tiltak her kan i fylgje Nordhaug (1998) vere kontinuerleg oppdatering gjennom studiar av ny litteratur, bruk av kunnskapsbasar på internett, læring av eigenerfaring/refleksjon og gjennom vurdering frå kollegaer/leiar. Dette er til dels samanfallande med utvikling av ekspertsjukepleiarar som Benner (1995) beskriv. Benner blir ofte referert til når ein snakkar om utvikling av kompetanse i sjukepleie. Ho syner til at det synes å gå relativt lang tid før nyutdanna sjukepleiarar er kompetente i praksis, og at ulike metodar for utvikling kan syne seg meir eller mindre effektive ut i frå kva kompetansenivå sjukepleiaren er på. I fylgje Benner inneberer dette at nyutdanna sjukepleiarar krev meir tett oppfølging og rettleiing som kompetanseutviklingstiltak, medan sjukepleiarar med meir erfaring bør få arbeide med meir sjølvstendige studiar (Benner, 1995).

9.3 Evidensbasert sjukepleie

Det har innan sjukepleiefaget heilt sidan 1970- talet blitt jobba for å redusere gapet mellom forskning og praksis. Sjølv om det vart utvikla ny kunnskap gjennom forskning, var det ikkje sjølvsgatt at den vart teken i bruk. I dag ligg det krav og føringar frå styresmaktene gjennom lover, forskrifter og offentlege utgreiingar om at praksis skal vere basert på eit forskingsbasert kunnskapsgrunnlag (Nortvedt og Hansen, 2001). Eit vanleg nytta omgrep er evidensbasert sjukepleie ("evidence based practice") eller kunnskapsbasert praksis, som er den vanlege oversettinga til norsk. Den mest kjente definisjonen av "evidence-based medicine" er:

"The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external evidence from systematic research" (Sackett et. al (1996)

Denne klassiske definisjonen nyttas også som definisjon på “evidence-based nursing” der ein forstår medisin i vid forstand. Definisjonen poengterer at gyldig og praktisk kunnskap frå systematisk forskning skal vere basis i fagutøvinga, men at resultatane må vurderast og individualiserast for å tilpasse den einskilde pasient.

Det som er nytt med kunnskapsbasert praksis er at ein skal kombinere klinisk erfaring og ekspertise med best tilgjengeleg kunnskap frå forskning (Sackett et.al, 1996). Med best tilgjengeleg kunnskap meinast oppdatert kunnskap som er kritisk vurdert. Denne kunnskapen skal saman med erfaringsbasert kunnskap, pasientane sine preferansar og ressursane ein har til rådvelde, utgjere grunnlaget for dei avgjeringar sjukepleiarane tar i praksis (Nortvedt og Hansen, 2001). Grunngevinga for fokuset på kunnskapsbasert praksis er forventningar om at fagutøvinga baserar seg på forskingsbasert kunnskap, slik at pasientane til ein kvar tid får den best tilgjengelege behandlinga. Kunnskapsbasert praksis er også ein konsekvens av pasientane sine auka krav til helsevesenet og føringar frå statleg hald. I St.meld.nr.39 (1999) seier myndigheitene at dei kjem til å basere sine avgjeringar på forskingsbasert kunnskap:

”Et solid forskningsbasert kunnskapsgrunnlag, basert på både medisinsk og samfunnsvitenskaplig forskning, vil i framtiden i enda sterkere grad enn i dag være av avgjørende betydning for de valgene som beslutningstakere og myndigheter må ta med sikte på å forebygge sykdom og helseproblemer, og å realisere gode og likeverdige helsetjenester for alle inn i neste århundre.”

Som sjukepleiarar bør ein altså halde seg oppdaterte og tilby pasientane den beste pleia og behandling basert på den nyaste og beste kunnskapen. Nortvedt og Hansen (2001) påpeikar at ein auka bruk av kunnskapsbasert praksis vil krevje at den enkelte sjukepleiar får tid til fagleg fordjuping. Det er oppretta databasar for å gjere kunnskapen tilgjengeleg og Cochrane, Medline og CINAHL er dei mest kjente her. Her blir systematiske oversiktar over ny forskning gjort lett tilgjengeleg. Nortvedt og Hanssen (2001) argumenterar for evidensbasert sjukepleie med at det kan vere vel anvendte pengar å sette av tid til fagleg fordjuping. Pasientane kan gjennom ei fagleg oppdatert sjukepleieteneste få eit betre behandlingstilbod. Om det i tillegg reduserar liggetid, komplikasjonar og re-innleggelsar, så er det ikkje sikkert at evidensbasert sjukepleie blir så dyrt.

Det har vore stor debatt om evidensbasert praksis innan fagmiljøet i sjukepleietenesta. Det er omstridt om det at sjukepleiarar les mykje ny vitskap fører til at dei kan gje ei betre kvalitativ sjukepleieteneste i praksis. I høve Ekeli (2002) finns det ikkje dokumentasjon på at så er tilfelle. I Ekeli sin studie syner det seg at forskinga som

finns på databasane ofte er til lita hjelp når ein skal løyse problem i praksis. I praksis møter ein mangfaldige personar med samansette sjukdomar, lidingar og verdiar. Skal forskinga vere til hjelp må ein i fylgje Ekelei (2002) ta i bruk forskingstilnærmingar som eignar seg betre til å setje ord på den komplekse kvardagen som utgjer ramma i møte med pasientane.

9.4 Leiing og kompetanseutvikling

Sjukehus er som tidlegare beskrive ein kompleks organisasjon med mange yrkesgruppe. I slike organisasjonar er yrkesutøvarer den viktigaste ressursen og kompetansen til fagpersonen har avgjerande innverknad for kvaliteten på tenesta (SHD, 2005). Sosial og helsedirektoratet har utvikla ein nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i Sosial- og helsetenesta: ”...og *bedre skal det bli!*”. Strategien slår fast at tenestene er av god kvalitet når dei er i tråd med formålet, dvs :

- *Er virkningsfulle*
 - *Er trygge og sikre*
 - *Involverer brukere og gir dem innflytelse*
 - *Er samordnet og preget av kontinuitet*
 - *Utnytter ressursene på en god måte*
 - *Er tilgjengelige og rettferdig fordelt*
- (SHD, 2005:12)

I strategien vert det presisert at god leiing er ein føresetnad for å oppnå kvalitet i tenestetilbodet. Det blir trekt fram at arbeidet med kvalitet ikkje kan komme i tillegg til dei daglege oppgåvene ein leiar har, men vere ein integrert del av dagleg drift. På bakgrunn av dette kan ein tolke at utvikling og forbetring av kvalitet krev tydelege føringar, avklarte roller og god leiing (SHD, 2005:13). Helsepersonell og deira kompetanse blir trekt fram som helsetenesta sin viktigaste ressurs og kvalitetsutvikling heng såleis mykje saman med kompetanseutvikling.

Vrenne (2000) har studert avdelingssjukepleiaren sitt ansvar og arbeid med kompetanseutvikling i sjukehus, og ho trekk fram at avdelingssjukepleiar bør ha ein sentral posisjon ved planlegging av kompetanse i sjukehus. Dette grunnjev ho med at ein leiar på dette nivået vil vere nær pleiepersonalet og pasientane, og på den måten gje dei mulighet for å vurdere eksisterande kompetanse, behov for kompetanseutvikling hjå den einskilde og avdelinga sitt samla behov for utvikling av kompetanse (Vrenne 2000:123). Orvik (2004:99) trekk også fram at fagleg leiing i form av innsikt i sjølve tenesteproduksjonen ofte vil vere ein føresetnad for å meistre leiarrolla. Det blir ikkje

vurdert som nok at ein innehar ein profesjonsutdanning i høve faget ein skal leie, men også at ein er fagleg a jour. Forsking om sjukepleieleiing syner at sjukepleieleiarar som ikkje er fagleg oppdaterte har problem med å heve kvaliteten og drive faget framover (Holter, 1995, Normann, 2001, Orvik, 2004).

Tidlegare studiar har vist at leiarar av sjukepleietenesta tradisjonelt har brukt lite tid på eigenutvikling som deltaking på kurs, internundervisning, leiarutviklingsgrupper og rettleiing i høve leiarrolla (Havn, 1996, Aase, 1999, Schei, 2003). I gjennomsnitt syner desse studiane at ein avdelingssjukepleiar brukar kring 3% av arbeidstida på eigenutvikling. I desse studia sa leiarane at dei nytta mesteparten av tida til administrative oppgåver, men at dei ynskja meir tid til fagutvikling. Dette funnet samsvarar med funna i studien til Normann (2001) og Sæther (1999). Normann (2001) har studert lege- og sjukepleieleiing i sjukehus og trekk fram at tradisjon, historie og kultur ser ut til å prege sjukepleie-, og legane si utøving av leiing. Legeleiarane er tydlegare på å ivareta sitt faglege ansvar, medan sjukepleiarane ikkje har meistra dette på tilsvarande måte. Sjukepleieleiarane har derimot lykkast i det med å ta eit heilskapleg ansvar for avdelinga di drift. Ho trekk fram at det kan synast som at sjukepleieleiarane knyt ansvaret for fagutvikling og ivaretaking av faget til andre enn seg sjølv: *"De ser ut til å fraskrive seg ansvaret, og begrunner det ikke bare med at de ikke har fagutviklingssykepleiere, men også at de ikke har tid."* (Normann, 2001:107)

Bjørk (2001) påpeikar i sin studie om læring i sjukehus at sjukepleieleiaren må vere bevisst på sin sentrale funksjon i høve det å utvikle og realisere sjukehuset og avdelinga sine visjonar, og i samarbeid med sjukepleiarane konkretisere, verkeleggjere og evaluere avdelinga sine mål. Sjølv om ei målsetting er utarbeida i fellesskap i f.eks. ei sjukehusavdeling, så har leiaren ei vesentleg rolle i å legge til rette for verkeleggjeringa av dei felles visjonane. Bjørk (2001) er opptatt av at sjukepleiarane må flytte seg ut av pasientromma, ut frå sin eigen handlingsverden, og søke kunnskap i andre sine erfaringar, i dialogen og diskusjonen, i bøkene. Dette er i fylgje Bjørk (2001) muleg i eit miljø der leiaren legg til rette for fellesskapsføling, refleksjonar og dialogar om sjukepleiefaglege utfordringar og problem. Leiaren må kjenne til kva faktorar som er vesentlege for eit utviklingsklima. Dei må syne gjennom handlingar at dei er opptatt av at sjukepleiarane skal få styrka sin kompetanse. Bjørk (2001) seier vidare at ein må ha leiarar som ser at arbeidstakaren si læring er ein implisitt del av verksemda. Funna i Bjørk (2001) sin studie gav eit bilde av at sjukepleiefaglege utfordringar eller problem i stor grad vart løyst individuelt ut i frå det sjukepleiaren kunne frå før. Dei gjekk i liten grad ut for å lære korleis problemet skulle taklast.

Sæther (1999) har i sine studiar om sjukepleieleiing konkludert med at sjukepleieleiarar er veldig prega av lojalitet til den formelle organisasjonen og at dette kan føre til stengsel mot å stille krav på vegne av pasientar og pleiepersonale. Ho meiner avdelingssjukepleiar brukar si tid på ein måte som er sløsing med sjukepleiefagleg kompetanse. Det kan vere verdt å påpeike at situasjonen for sjukehusa har endra seg etter at desse studia vart gjennomført. På organisasjonsnivå er sjukehusa i dag organisert utan profesjonsspesifikke, faglege leiarstillingar. Sjefsjukepleiar er tatt vekk dei fleste stadar og sjukepleietenesta har på den måten mista ei stemme på organisasjonsnivået (Orvik, 2004:111). I ein del sjukehus er også oversjukepleiestillingane tatt vekk, slik at det berre er ein avdelingssjukepleiar med delegert sjukepleiefagleg systemansvar igjen på ei sjukehusavdeling. Det gamle praksisfellesskapet sjukepleietenesta har hatt på leiarnivå, kan på bakgrunn av desse omleggingane sjå ut til å ha blitt utfordra i den nye sjukehusorganisasjonen. Nemninga sjukepleiefagleg systemansvar markerar i dag den faglege leiinga av sjukepleietenesta på avdelingsnivå. Systemansvaret er forankra i arbeidsgjevar si plikt til å legge til rette for at helsepersonell kan opptre forsvarleg (Orvik, 2004:117).

Einskapleg leiing har derimot opna opp for at sjukepleieleiarar kan inneha stillinga som einskapleg leiar, og såleis stige i makthierarkiet. Det er i dag sjukepleiarar i 30% av leiarstillingane (Intorg, 2004, Opedal et al, 2005, Torjesen, 2004). Torvestad Nerheim (2005) har som eg også trekte fram i kapittel 8 studert innføringa av einskapleg leiing i sjukehus. Ho vektlegg at sjølv om sjukepleiarane har nesten 30% av leiarstillingane, så har sjukepleiarane blitt fråtatt viktige kanalar for å bli høyrte i sjukehus. Sjukepleiarane si sjølvstyre deltaking i todelt leiing er forsvunne. Studien syner også at dei sjukepleiarane som har fått stillingar som einskaplege leiarar ikkje identifiserar seg med sjukepleiefaget sitt. Det ser ut til at sjukepleieleiarane fjernar seg frå sin eigen profesjonsbakgrunn og fullt og heilt identifiserar seg med leiarrolla (Torvestad Nerheim, 2005). Ho tolkar dette til det kan sjå ut som leiingsoppgåver har blitt eit nytt jurisdiksjonsområde i sjukehuset og at dei som kontrollerar dette er såkalla hybridleiarar. I fylgje Kragh Jespersen (2005:145) er hybridleiarar leiarar som både har verdiar frå sitt eige fag, og ynskjer eit fagleg sjølvstyre, men samstundes har verdiar peikar i retning av generelle leiingsoppgåver. Torvestad Nerheim (2005:186) beskriv desse leiarane som leiarar som både har helsefagleg og leiingsfagleg utdanning og erfaring, dei fjernar seg frå sine respektive faggrupper ved å bygge ei ny nisje, nemleg "helseledelse".

Folgerø Johannessen (2005) skriv om leiing og evidens og trekk der fram den problematiske situasjonen ein kan stå i med auka krav om ”produktivitet” knytt til økonomiske resultatmål, samstundes som etablerte fagleiarideal svekkast. Ho syner til at psykologane i einskilde helseføretak føler at deira posisjon som faggruppe er svekka som følgje av at sjefpsykolog-funksjonen er fjerna. Dei har mista ein viktig kanal inn til leiinga, samtidig som dei ikkje har ein ”fagleg” leiar. Denne usikkerheita kan ein også tenke vil gjelde for sjukepleiarane i og med at fagleiarsystemet knytt til profesjonen er mange høve er svekka.

Oppsummering

Det er her blitt teikna eit bilete av sjukepleieprofesjonen si kompetanseutvikling før og no. Behandling og pleie innan ei høgteknologisk bedrift som sjukehus krev høge krav til kompetanse og omstillingsevne. De nye helselovene understrekar viktigheita av generell kompetanseutvikling. Arbeidsgjevar skal sjå til for at dei tilsette får den opplæring, etter- og vidareutdanning som er påkravd for at de skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Dessutan skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut frå kvalifikasjonar, arbeidet sin karakter og situasjonen elles. Arbeidsgjevar og arbeidstakar har et felles ansvar for at kvaliteten på helsetenester som ytes er tilfredsstillende. Planlegging, utvikling, organisering og utnytting av sjukepleieprofesjonen sin kompetanse er sentrale stikkord.

I takt med samfunnet si utvikling endrast også krava til kva kompetanse som er nødvendig eller ynskjeleg. Det har skjedd store omstillingar i sjukehusa etter innføring av sjukehusreforma som igjen får tyding for kompetansebehovet. Innføring av einskapleg leiing, som har ført til at dei fleste sjukehus i dag er organisert utan profesjonsspesifikke, faglege leiarstillingar på avdelingsnivå, kan i fylgje bl.a. Orvik (2004) synast å ha gjett sjukepleieprofesjonen nye utfordringar i høve leiing av sjukepleiefaget og utvikling av den sjukepleiefaglege kompetansen. Sjukepleiarkompetanse handlar både om å forstå og om å kunne handle i den nye organisasjonsrøynda (Orvik, 2004:93).

Øyvind Glosvik:

10. Mot eitt perspektiv på leiing og læring i organisasjonar?

Som tittelen på rapporten siktar til, handlar dette arbeidet om *teoretiske* bidrag. Det handlar om abstraksjonar som kan nyttast av dei som skal utøve leiing for å forstå den situasjonen og dei utfordringane dei står overfor. Både i Follevåg og Naustdal sine kapittel vert det teke som gitt at enkle, hierarkiske idear om helse- og sosialorganisasjonar som rasjonelle instrument for problemløysing, og biletet av leiaren som eit koordinerande og ”ansvarleg” einskildindivid, vert altfor enkelt. Dette er som Naustdal antydgar aksepterte idear i norsk helsevesen, men alternative tenkjemåtar er ikkje naudsynlegvis på plass.

Eg skal i denne avslutninga drøfte om ein del av dei innspela og angrepsmåtene vi har lagt fram i dei ulike kapitla kan integrerast i eit samla omgrepsapparat for å tale om leiing og læring i helse- og sosialsektoren. Målet er at dette omgrepsapparatet skal vere komplekst nok til å fange svært ulike teoribidrag og enkelt nok til at det kan nyttast av leiarar til å forstå kollektive og individuelle leiings- og læringsutfordringar helse- og sosialsektoren står overfor.

10.1 ”Verkar” leiarar i organisasjonar?

I fleire av kapitla i denne rapporten vert det synt til Torodd Strand (2001/2007) sitt perspektiv på leiing. Den grunntenkinga som han introduserer vekker interesse mellom dei studentane som også er utøvande leiarar i helsevesenet. Eg tek difor utgangspunkt i eitt av dei spørsmåla Strand sjølv retorisk startar med. Han spør *om leiing verkar* (2007 s. 110). Spørsmålet kan vere rart, men som Naustdal peikar på i kapittel 8, ein sentral forfattar som Minzberg (1993) stiller spørsmål ved ideen om det er mogeleg å utøve tradisjonell leiing i ekspertorganisasjonar av typen sjukehus. Ekspertane er autonome, kan ein då styre ekspertorganisasjonen?.

Strand peikar på at forskingsresultata om verknadane av leiing er lite konkluderande, medan det kan påvisast ei svært sterk og utbreidd tru mellom folk i Noreg på at leiing er den avgjerande faktoren. Argumenta mot leiing – og for leiing – kan stort sett delast i tre:

Omverda: Organisasjonars omverd skapar uvisse. Spørsmålet er om dette skapar eller innskrenkar leiaranes handlingsrom. Strukturar: Mange reglar og formelle

strukturar gjer at leiarjobbane vert innskrenka til å følgje oppsette reglar. Spørsmålet er kven som skapar reglane og kven som tolkar dei. Det kan vere rom for handlande aktørar også innanfor organisasjonar med strenge regelsett. Menneske: Sjølv i organisasjonar som lever under stor grad av uvisse og med strenge reglar og formelle strukturar vil menneska ha behov for støtte og rettleiing. Dette kan leiarane bidra med.

Strands posisjon er at leiaranes ”verknad” kan vere ulik i ulike deler av organisasjonen, eller avhengig av kva ein definerer som resultat av organisasjonens handlingar (op cit s. 125). Eg skal komme attende til dette. Argumentet mitt vil uansett vere at synet på om leiing verkar, vil vere styrt av kva syn ein i utgangspunktet har på kva organisasjonar *grunnleggjande* er. Eg skal gjere nærare greie for dette.

I lærande organisasjonar må leiarane verke!

I det første kapitlet argumenterte eg for at kunnskap kan oppfattast som ein individuell prosess som inneber at vi tileignar oss sosialt aksepterte normer og verdiar på måtar som etter kvart gjer at vi forstår oss sjølve som deler av eit fellesskap – ein profesjon eller ein organisasjon. Denne forståinga av kunnskap og kunnskapstileigning kalle eg *sosial-konstruktivisme i praksis*. Med det meiner eg at kunnskapstileigningsprosessar kan forsterkast ved at vi brukar omgrep og teoriar om kollektive fenomen for å få organisasjonsmedlemer til å reflektere over si eiga rolle som leiarar i organisasjonar. Dei kan konstruere sin eigen organisasjonsrøyndom. Men kan ein konstruere sin eigen røyndom, då? Ja, det er det vi seier dersom vi aksepterer resonnementa innan det som vert kalla ”lærande organisasjonar”.

Lærande organisasjonar – vi konstruerer våre liv

Lærande organisasjonar er ei fellesnemning på ei gruppe av idear om at organisasjonar ikkje er særleg gode til å leggje til rette for individuelle eller kollektive lærings- og utviklingsprosessar. Det potensialet for kreativitet og vekst kvar einskild av oss har, er ikkje i nærleiken av å bli realisert innanfor rammene av dagens organisasjonstenking. Eg seier med vilje organisasjonstenking og ikkje ’organisasjonar’, for nøkkelen til å forstå kva lærande organisasjonar handlar om, først og fremst er knytt til nokre enkle idear om korleis vi sjølve tenkjer om organisasjonsfenomena, meir enn konkrete organisasjonar i seg sjølv.

Peter Senge er eit viktig namn (Senge, 1990, 2006, Senge et al. 1994, 1999, 2000, 2005). Gjennom fleire arbeid har han saman med medarbeidarar lagt grunnlaget

for at det vert utvikla nye idear og tankar om det han kallar dei fem disiplinane i den lærande organisasjonen. Metaforbruken er knytt til eit postulat om at leiarar må utvikle evner til å lære og beherske fem disiplinlar. Å leie lærande organisasjonar er femkamp, ikkje maraton.

Dei fem disiplinane er nærare presenterte i kapittel to, og i fleire av dei andre kapitla skrivne av masterstudentar er Senge nærare drøfta. Som eg peikte på i kapittel to handlar den femte disiplinen om to tenkjemåtar: *Systemisk tenking*, som er den eine, har mange røter og mange namn. Senge syner til Bateson (1972), Forrester (1968) von Bertalanfy (1968) når det gjeld inspirasjon frå systemtenking og systemdynamikk og Ackoff og Trist når det gjeld operasjonsanalyse som viktige kjelder, med andre ord talar vi om systemdynamikk og kybernetikk i sosial form, ikkje ei teknisk. Den sentrale budskapet er at visse, gjentakande sosiale fenomen framtrer som faste mønster *fordi* menneska skapar dei ved å tenkje på bestemte måtar, ikkje fordi naturlover styrer dei. Vi lagar jernbur fordi vi t.d. er dresserte til å objektivisere våre medmenneske når vi skal løyse kollektive problem. Vi er då dømde til stadig å gjenskape dei same, trasige organisasjonsfenomena objektivisering medfører.

Den andre tenkjemåten handlar om *å forstå kompleksitet* gjennom heilskapstilnærmingar til dei utfordringar vi står overfor. Leiarar vert oppmuntra til nærast holistisk tenking, stikk i strid med tradisjonell, reduksjonistiske innfallsvinklar som reduserer eit kvart problem til eit handterleg, teknisk nivå. Kritikkk frå reduksjonistisk hald vert møtt med argument om at leiarar stort sett handterer menneske og menneskeskapte problem. Menneske likar ikkje å bli reduserte til ting og variablar, men reagerer derimot svært positivt dersom ein tek på alvor den menneskelege og sosiale relasjonen alle organisasjonar består av. Eit enkelt bilete er at vi "ser" jo ikkje det som er viktig med organisasjonar. Vi ser maskiner, bygningar og folk som ferdast etter faste ruter. Vi "ser" ikkje hierarkiet, samarbeidet, kommunikasjonen, ideane og dei mentale modellane som styrer handlingane. Desse er berre i hovuda våre.

Tesen om at vi sjølve enkelt kan forandre organisasjonane byggjer på dette resonnementet: Dei kollektive fenomen finst berre som mentale modellar, og vi sjølve er del av den modellen på same måte som person som inngår i eit ekteskap utgjer 50% av dette ekteskapet. Ein kan ikkje forandre på partnaren, men ein kan forandre seg sjølv og den rolla ein spelar i ekteskapet, eller med andre ord: ein kan forandre alle relasjonar ein sjølv er del av!

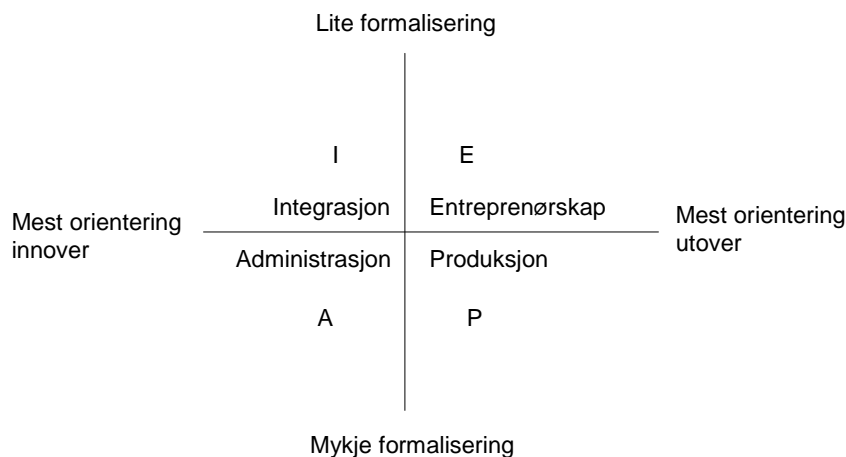
Dette er eit svært sterkt argument for at leiarar er viktige, og at leiing fungerer.

Weick (1969) seier det at alle organisasjonar er eit produkt av korleis medlemmane tenkjer og samhandlar. Difor bør all forbetring ta utgangspunkt i at det alltid vil eksistere dominerande samhandlingsmønster og tankemønster, og det er desse som må bearbeidast dersom ein organisasjon skal forandre seg - eller lære. Leiarar "fungerer" med andre ord når dei får menneska til å tenkje på andre måtar enn før.

Det er klart at dersom ein likevel meiner at organisasjonar og andre kollektive fenomen eksisterer uavhengig av menneska, så å seie som naturfenomen frikopla frå menneska sine omgrep, språket og dei sosiale konvensjonane som bind oss saman, ja då fell ideen om lærande organisasjonar saman, og det same gjer trua på at leiarar betyr noko frå eller til.

PAIE som rammeverk

Utgangspunktet mitt er altså at leiarar verkar. Dette betyr likevel ikkje eit vilkårslaut halleluja til eit fokus som overser at det kan finnast både strukturelle, formelle og sosiale grunnar til at leiarar kan forståast som dei lyspærene March talar om (Strand 2007 s. 111). I fleire av kapitla i denne rapporten har masterstudentane trekt fram det omgrepsapparatet Strand nyttar som eit generelt rammeverk for å tale om leiing. Med PAIE meinast eit sett av idear som samla kan framstillast gjennom figuren nedanfor:



Figur 10.1: Grunnskjema for PAIE (Strand 2007 s. 250, som fig. 9.1: Grunnskjema)

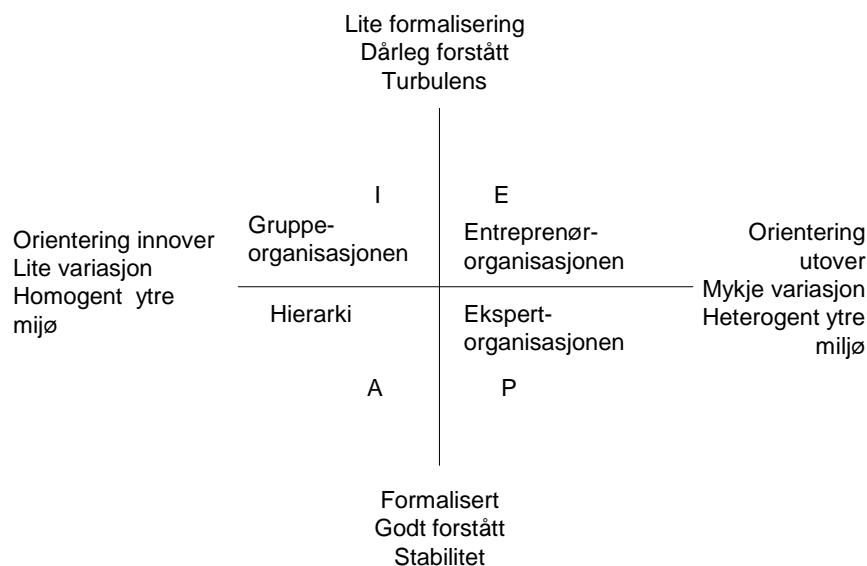
I følge Strand er det fleire kjelder til den tenkinga grunnskjemaet representerer. Ei viktig inspirasjonskjelde er strukturfunksjonalismen (Parsons 1959, sjå Scott 1992:68

ff), og sjølv om PAIE ikkje er heilt parallelt med Parsons AGIL-skjema er det store likskapstrekk (Strand 2007 s. 249). Dette perspektivet framhevar at ulike organisasjonstypar i ulik grad utgjer vilkår for ivaretaking av dei fire funksjonane – som alle må ivaretakast over tid i sosiale system.

Integrasjonsfunksjonen handlar om å formidle og take vare på dei verdiar og kulturtrekk som bind saman og opprettheld det sosiale systemet vi talar om. Entreprenørskapsfunksjonen handlar om å tilpasse organisasjonen til omverda og å sikre naudsynt ressurstilgang. Administrasjonsfunksjonen rettar søkelys på kontroll og stabilitet, på det som opprettheld og skapar orden og oversyn i eit sosialt system. Produksjonsfunksjonen handlar om det å setje mål for og å produsere dei verdiar det sosiale systemet er forutsett å skape.

Ei anna inspirasjonskjelde er Adizes merkelappar produsent, administrator, entreprenør og integrator (1980). Desse omgrepa rettar i større grad søkelys på leiarane og utøving av ulike leiarroller slik dei framstår som konkrete oppgåver for individa og som handlingar og utfordringar i organisasjonen.

Grunndimensjonane i skjemaet er grad av formalisering og orientering innover eller utover. Desse grunndimensjonane supplerer Strand. Ein får på den måten eit noko rikare omgrepsapparat, der grunnskjemaet kan leggjast til grunn for eit breiare sett av måtar å forstå leiings- og organisasjonsutfordringar.



Figur 10.2: Grunndimensjonane, organisasjonstypar og leiarroller (Tilpassa etter Strand 2007 s. 251 f. 9.2).

Ein av dei viktige budskapane i dette perspektivet er at vi ved å nytte grunddimensjonane og omgrepsapparatet om ulike organisasjonar og situasjonar kan sjå at ein konkret organisasjon kanskje best kan forståast som ein konfigurasjon der hierarkiet er den dominerande forma. I ein annan er det ekspertorganisasjonen som er den dominerande, medan entreprenørorganisasjonen dominerer i ein tredje konfigurasjon. Omgrepsapparatet kan også brukast for analysere leiarroller. Dersom dei administrative leiarrollene dominerer i ein situasjon med stor grad av turbulens og mykje variasjon, kan organisasjonsmedlemene reflektere over om dette er formålstenleg.

For å vende attende til spørsmålet om leiarar verkar. Ein av budskapane til Strand er at leiarane hypotetisk kan ha varierende verknadsgrad innanfor dei fire hovudkonfigurasjonane slik det går fram av tabellen nedanfor. Dette er eit viktig utgangspunkt når vi skal drøfte sambandet mellom leiing og læring. Med tilvising til kapittel 1 sa eg ovanfor at lærande organisasjonar er ei fellesnemning på ei gruppe av idear om at organisasjonar ikkje er særleg gode til å leggje til rette for individuelle eller kollektive lærings- og utviklingsprosessar.

<p style="text-align: center;">Gruppeorganisasjonen <i>Leiarar kan påverke:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mål, motivasjon • Arbeidsdeling • Tolking av gruppenormer • Moral <p style="text-align: center;">0-50%</p>	<p style="text-align: center;">Entreprenørorganisasjonen <i>Leiarar kan påverke:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Belønning • Risikotaking • Val av satsingsområde • Val av medarbeidarar <p style="text-align: center;">0-50%</p>
<p style="text-align: center;">Hierarkiet <i>Leiarar kan påverke:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Feilskapande rutinar, korreksjon • Koordinering • Innføring av nye rutinar • Unntak <p style="text-align: center;">2-5%</p>	<p style="text-align: center;">Ekspertorganisasjonen <i>Leiarar kan påverke:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Faglege standardar • Stimulering av faglege talent • Koplingar i arbeidsprosessar • Kanalisering av faglege krav <p style="text-align: center;">2-10%</p>

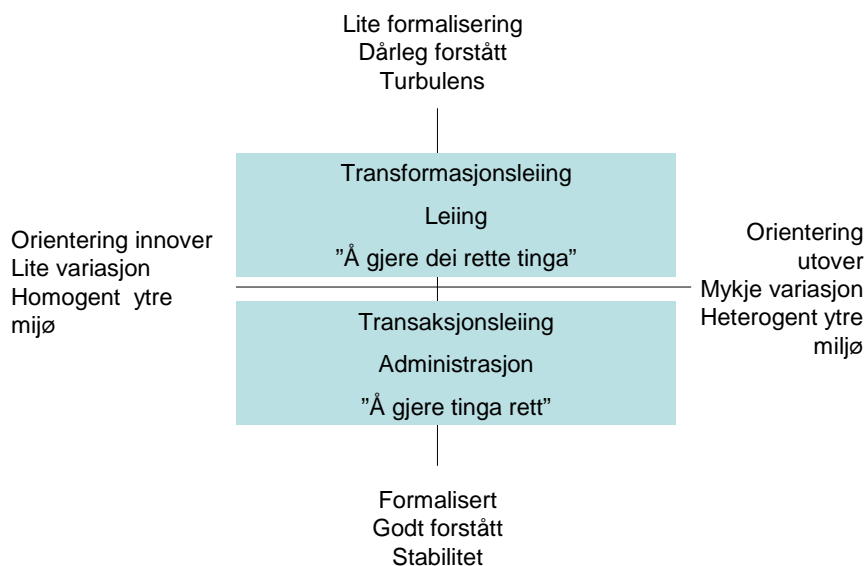
Tabell 10.1: Hypotesar om leiarverknad innanfor ulike konfigurasjonar. (Etter Strand 2007 s. 125 fig. 4.4)

Med utgangspunkt i Strands hypotesar kan vi argumentere for at dette skuldast at leiarar som i første rekkje konsentrerer merksemda om dei oppgåvene som er knytte til hierarkiet eller ekspertorganisasjonen i liten grad *kan* byggje lærande organisasjonar. Vi kan då bruke Strands omgrepsapparat for å grunnge denne hypotesen nærare: Størst potensiale for verknad har leiarar når dei arbeider med menneska

(gruppeorganisasjonen) og ikkje reglar, strukturar og rutinar (hierarkiet). Eit like stort potensiale ligg i å ta sjansar; i det å ta risiko; i det å velje noko anna enn det kjende (entreprenørorganisasjonen). Ein annan måte å argumentere på er å seie at arbeidet innanfor dei konfigurasjonane vi kallar hierarkiet eller ekspertorganisasjonen i det store og heile handlar om å arbeide med utgangspunkt i det organisasjonen kan, med den etablerte kunnskapen. I eit læringsperspektiv finn vi det nye, det ukjende og det som er knytt til innlæring av ny kunnskap for organisasjonen først og fremst i gruppeorganisasjonen og entreprenørorganisasjonen. Vi skal likevel nedanfor drøfte om denne tolkinga kanskje vert for enkel.

Transformasjons – og transaksjonsleiing

Vi kan også drøfte om andre omgrepsapparat brukt om leiing kan knytast til grunnskjemaet. Som Thue gjer greie for i kapittel 6, introduserte Burns (1978) omgrepsparet transformasjons- og transaksjonsleiing. På eit overordna plan kan vi kanskje framstille sambandet i figuren nedanfor. Med transformasjonsleiing siktar vi til ivaretaking av integrator- og entreprenørrollene. Kanskje først og fremst integratorrolla, men Thue siterer Kaufmann og Kaufmann (1996) som seier at visjonar er ei viktig drivkraft for transformasjonsleiarar. Visjonsbygging høyrer under entreprenørrolla, som vi skal komme attende til.



Figur 10.3: Transaksjons- og transformasjonsleiing i lys av grunnskjema

Det er også det vi gjerne transformasjonsrolla vi siktar til når vi talar om leiing, heller enn administrasjon. Eller spissformulert om det ”å gjere dei rette tinga”, heller enn å gjere tinga rett. Transaksjonsleiing dekkjer då administrator og produsentrollene, eller det ”å gjere tinga rett”. Desse skilja kan verke sjølvsegte og litt naive. Eg meiner det likevel er viktig å vere klar over at ved å operere med dette skiljet innanfor same grunnleggjande skjema, byggjer vi bru over det skismaet som oppstår når vi spør om leiarar verkar, og får som svar at dei er som lyspærer. Organisasjonen er som dei elektriske kretsane, leiarposisjonane er lyspunkta og leiarane kan skiftast ut når dei er ubrende eller lyser for svakt. Dette kan vere gode metaforar når vi talar om dei oppgåvene vi siktar til når emnet er transaksjonsleiing, administrasjon eller produksjon. Men menneske er ikkje lyspærer, menneske brenn ut når dei blir handsama dårleg av andre menneske, og dei lyser sterkare når dei får positiv merksemd og støtte.

Grunnskjemaet gjev oss med andre ord høve til å svare ”ja takk, begge deler”, når spørsmålet er om leiarar betyr noko for læring i organisasjonar, eller om læring og kunnskapstileigning er uavhengig av einskildindividua. Svara våre vil synleggjere kva organisasjonskonfigurasjon vi tek utgangspunkt i.

10.2 Nonaka og Takeuchi: Fire typar kunnskapstileigning?

Både Kyrkjebø og Horne har i sine kapittel funne nytte av Nonaka og Takeuchi (1995) sine omgrep når dei ynskjer å forstå kunnskapsutviklingsprosessar i helseforetak. Stavang gjer det same når ho ynskjer å forstå kva som skjer mellom helseforetak og kommune. Eg skal difor drøfte om og korleis dette omgrepsapparatet kan plasserast i lys av grunnskjemaet.

Fire grunnleggjande kunnskapsutviklingsprosessar

Nonaka og Takeuchi (1995) byggjer på tidlegare arbeid av Nonaka (1994) når dei ser på kunnskap som ein kontinuerleg og dynamisk prosess. Dette er eit syn som ikkje oppfattar kunnskap som statisk, absolutt og eller som nøytrale uttrykk. Kunnskap finst i taus og eksplisitt form, seier dei i tråd med Polanyi (1967). Poenget er at kunnskap som kan uttrykkjast ved hjelp av ord og tal berre representerer ein liten del av kunnskapsbasen vår. Forfattarane legg stor vekt på skiljet mellom taus og eksplisitt kunnskap, og meiner at overgangen frå taus til eksplisitt grunnleggjande gjev oss fire overgangsformer, den såkalla SEKI-modellen.

		Frå/Til	
		Taus	Eksplisitt
Frå/Til	Taus	Sosialisering	Eksternalisering
	Eksplisitt	Internalisering	Kombinering

Tabell 10.2: SEKI-modellen (Nonaka og Takeuchi 1995)

Taus kunnskap kan vi forstå som personleg innsikt som er vanskeleg å formalisere. Her vil vi kunne kategoriserer intuisjon og subjektiv innsikt som byggjer på erfaringar. Det kan vere vanskeleg å overføre den tause kunnskapen til andre gjennom eit formelt språk. Vi kan også spørje med Bateson (1972) om det er - og alltid vil vere – logiske skilje mellom den tause og den eksplisitte kunnskapen. ”Teori” vil aldri vere noko anna enn namnet på ”praksis”. Den eksplisitte kunnskapen vert kjenneteikna av at den kan uttrykkjast systematisk på eit formelt språk, og at den kan delast i form av data, spesifikasjonar eller manualar. På denne måten kan den gjerast tilgjengeleg – delast med andre på ein langt enklare måte enn gjennom berre sosialisering.

Når taus kunnskap vert overført til andre kallar forfattarane det for *sosialisering*, og syner med det korleis denne prosessen kan kategoriserast som læring. Heilt konkret kan eit læringstilhøve forståast som uttrykk for ein læringskontekst der sosialisering er ein av dei viktige læringsprosessane.

Når taus kunnskap vert uttrykt konkret, talar forfattarane om *eksternalisering*. Eit typiske bilete på eksplisitt kunnskap i helsesektoren er prosedyrebøker, forskrifter, retningslinjer for handsaming av medikament, stillingsinstruksar og liknande. Ikkje all taus kunnskap kan gjerast eksplisitt, men i arbeidet med å gjere den tause kunnskapen eksplisitt ligg det ein viktig læringsprosess – ei ny kjelde til kunnskap. Eg skal komme attende til dette.

Ved å knyte eksplisitt kunnskap til anna eksplisitt kunnskap kan ein skape ny kunnskap utan å gå vegen om den tause erfaringa. Nonaka og Takeuchi talar her om *kombinering*. Det handlar her om setje saman eksisterande kunnskapselement til nye. Ein viktig del av det vi forstår som forskning kan forståast som kombinering. Like mykje som å finne ut noko ”nytt”, handlar det om å setje saman eksisterande kunnskapsbidrag som ikkje har vore sett i samanheng før. Mange former for utviklingsarbeid kan forståast på denne måten. Når verksemder skal samarbeide (slåast saman, drive felles utviklingsarbeid) kan vi sjå føre oss kombinering som ein av dei viktigaste kunnskapsutviklingsprosessane.

Den siste kunnskapsutviklingsprosessen i modellen vert kalla *internalisering*. Den syner til ein prosess der eksplisitt kunnskap vert gjort til taus gjennom ei forsterking av kunnskapen gjennom ei tileigning på eit djupare plan. Dette kan gjelde både på individ- og gruppenivå. Innanfor helsevesenet kan vi tenkje oss ein sjukepleiar som får presentert ei ny og ukjend prosedyre. Ho set seg inn i denne prosedyren gjennom opplæring. Over tid vert prosedyren ein integrert del av sjukepleiaren sin arbeidsmåte og kunnskapen har dermed gått frå å vere eksplisitt til taus.

Fire typar kunnskapskapital

Nonaka gjer også greie for korleis ei verksemds kunnskapskapital kan forståast i lys av omgrepa taus og eksplisitt. Det er ikkje berre eksplisitt kunnskap i form av patent som vert rekna med, også den tause kunnskapen vert teken med i rekneskapen.

<p>Sosial kunnskapskapital <i>Delt, taus kunnskap i form av dugleik, kjærleik, spenning og kjensler</i></p>	<p>Konseptuell kunnskapskapital <i>Eksplisitt kunnskap artikulert gjennom bilete (images), symbol og språk</i></p>
<p>Rutinekapital <i>Taus kunnskap rutinisert til praksis, tradisjonar og rutinehandlingar</i></p>	<p>Systemisk kunnskapskapital <i>Eksplisitt og systematisk samansett kunnskap i form av manualar, databasar og lisensar</i></p>

Tabell 10.3: *Fire typar kunnskapskapital (Nonaka og Takeuchi 1995)*

Som tabellen syner, tilsvarar denne inndelinga grovt sett dei fire kunnskapsutviklingsprosessane. Det vil seie at Nonaka og Takeuchi meiner det som blir lært i sosialiseringssprosessen for organisasjonen i ettertid kan forståast som del av kunnskapskapitalen. Eksternaliseringsprosessar bidreg til utvikling av den konseptuelle kapitalen, internalisering bidreg til rutinekapitalen. Den prosessen som vel oftast får merksemd er likevel det dei kallar den systemiske kunnskapskapitalen, altså kombineringsprosessane som leier fram til dei synlege og lett tilgjengelege prosedyrane som er knytte til produkta og tenestene.

Eg går ikkje nærare inn på kunnskapskapitalomgrepet til dei to forfattarane her. Det er likevel viktig å ta det med. Elles vert ikkje omgrepsapparatet deira fullstendig presentert. Det manglar i presentasjonane i dei tre kapitla tidlegare i rapporten. I

Stavangs drøfting av moglege kunnskapsformer i lys av dei fire funksjonsområda i PAIE ligg det også ei kopling til grunnskjema som eg ikkje forfølger i dette arbeidet.

Ba – kontekstar for kunnskapsutvikling

Det er japansk næringsliv som er utgangspunktet for Nonaka og Nonaka og Takeuchi. Det er vanskeleg å finne eit høveleg vestleg ord for det tredje elementet i tenkinga deira, det japanske omgrepet *Ba*²². Dersom eg forstår forfattarane rett, er dette eit slags eksistensialistisk omgrep. Ba er ein kontekst, ein samanheng som gir meining for sosiale aktørar. Dermed er ein Ba eit delt rom i fysisk, sosial eller virtuell meining der individuell eller kollektiv læring og kunnskapsutvikling kan finne stad. Nonaka talar om fire typar 'ba' som tilsvarar dei fire elementa i SEKI-modellen. Dei representerer då plattformer der omsetjingsprosessar – utveksling, vedlikehald eller utvikling av kunnskap - kan finne stad, der dei kan påvisast og dermed påverkast. I vår språkbruk verkar det naturleg å tale om fire fundamentale læringskontekstar.

Den *grunnleggjande læringskonteksten* ('originating ba') er knytt til den sosiale verda der individa fysisk møtest og deler kjensler og erfaringar. Nonaka seier at det fysiske møtet, fjes til fjes, er viktig for å forstå omsetjing og overføring av taus kunnskap. Det er vanskeleg å sjå føre seg at sosialisering skal kunne finne stad utan slike grunnleggjande, sosiale rom som gir meining for individa.

Samhandlingskonteksten ('interacting ba') er meir bevisst konstruert, seier Nonaka. Her handlar det om å velje ut den rette samansetjinga av folk med spesifikk kunnskap og dugleik i form av prosjektgrupper, arbeidsgrupper og andre former for funksjonelle team og lag. Gjennom dialogar i slike bevisst konstruerte samhandlings-situasjonar er det eksternaliseringsprosessane finn stad. Samhandlingskonteksten er det rommet der kollektiv refleksjon som utviklar organisasjonen, finn stad.

Den *virtuelle læringskonteksten* ('cyber ba') støttar opp under kombineringsprosessar. Her handlar det om korleis ny, eksplisitt kunnskap vert kopla saman med eksisterande, eksplisitte element i eigen organisasjon. Nøkkelspørsmål for å forstå denne konteksten er korleis organisasjonen er kopla til omverda gjennom ulike former for samarbeidsordningar og nettverk som støttar og utfordrar organisasjonens grunnleggjande verdiskaping.

²² Sølvi Lillejord, som har omsett boka *Enabling Knowledge Creation* (Krogh, Ichijo og Nonaka, 2000), omset ordet med "kunnskapshjelpende kontekst", "plass" og "kan en slik organisasjonskontekst være i fysisk, virtuell, mental eller – mest sannsynlig – alle tre" (s.21). Som samfunnsvitar spør eg med ein gong om ikkje ordet "plass" i *sosial* meining burde vore med her. Særleg når Nonaka ein annan stad (2000 s. 499) seier at "Ba is a place where () interactions take place".

Oppøvningskonteksten er den mest individuelle av dei fire 'ba' Nonaka gjer greie for. 'Exercising ba' støttar opp under internaliseringa, den prosessen der eksplisitt kunnskap vert internalisert til taus. Døme på slike læringskontekstar kan vere formelle opplærings- og introduksjonssystem, der meir erfarne kollegar eller formelle mentorar/lærarar/instruktørar stressar innøving og utøving av bestemte mønster mellom dei aktørane som møter kvarandre i denne læringskonteksten.

Fire kunnskapsutviklingsprosessar i lys av grunnskjema?

I kapitlet sitt spør Stavang om det er mogeleg å kombinere Strand sitt grunnskjema med Nonaka sine omgrep. Ho drøftar ikkje dette nærare, men eg trur det er mogeleg å gjere dette. Det er ein grunnleggjande likskap i tenkinga som gjer det mogeleg å tenkje på den måten figuren nedanfor syner.

<i>Grunnleggjande læringskontekst</i> <i>Sosialisering</i>			<i>Samhandlingskontekst</i> <i>Eksternalisering</i>
Gruppe-organisasjonen		E	Entreprenør-organisasjonen
Hierarki	A	P	Ekspert-organisasjonen
<i>Internalisering</i> <i>Oppøvningskontekst</i>			<i>Kombinering</i> <i>Virtuell læringskontekt</i>

Figur 10.4: *Fire kunnskapsutviklingsprosessar i lys av grunnskjema*

Gruppeorganisasjonen kan sjølvsagt forståast som eit anna ord for den grunnleggjande læringskonteksten, der sosialisering er eit læringsomgrepet som gjev tydeleg mening. Det handlar om å forstå korleis lite formaliserte, sosiale prosessar formar individa slik at dei deltek som kollektive aktørar i sosiale system som reduserer variasjon mellom individa.

Det er også mogeleg å sjå føre seg den formelle organisasjonen, hierarkiet, som ein oppøvningskontekst der internalisering av prosedyrar, kulturar, rutinar og

framgangsmåtar kan vere namnet på den prosessen som formar individa til formelle og fullverdige medlemmer i organisasjonen i den meininga at dei overtek kollektivets sjølvforståing. Ein gjer organisasjonen til ein del av seg sjølv.

Ekspertorganisasjonen er naturlegvis i sin natur kopla til virtuelle læringskontekstar som omfattar aktørar utanfor eigen organisasjon. Verdiproduksjonen kan vanskeleg forståast utan omgrep som syner korleis organisasjonens varer og tenester vert produsert i eit gjensidig samspel med omverda. Kombinering kan vere eit godt omgrep som set namn på dei læringsprosessane som skjer når produsentane utviklar kunnskapen sin i møtet med konkurrentar, kollegaer og kundar.

Samhandlingskontekstar kan då vere namnet på prosessar der entreprenørorganisasjonen utøver eksternalisering, eller sagt på ein annan måte, arbeider med kollektiv refleksjon som driv den framover. Ein annan måte å seie det på er at draumar, visjonar og metaforar vert konkretiserte i prosessar som skapar nye bilete av framtida for organisasjonen.

Naustdal skriv i begge sine kapittel om korleis kunnskaps- og kompetanseutviklingsprosessar kan forståast både i lys av organisasjonsomgrep og profesjonsomgrep. Det ligg ei underutvikla hypotese i hennar arbeid om at ulike sjukehusreformer har flytta ansvaret for kunnskapsutvikling og kunnskapsforvaltning frå profesjonen til organisasjonen. Det er mogeleg omgrep som læringskontekstar kan brukast for å analysere slike prosessar nærare. Skjer den ein slik overgang? I så fall må vi forstå dei kunnskapsprosessane som skjer i den virtuelle læringskonteksten. Skjer det ei nedtoning av det som skjer i den virtuelle konteksten til det som skjer i opplæringskonteksten? Det er elles opplæringskonteksten Kyrkjebø tek utgangspunkt i, når ho presenterer idear om sjukehusavdelinga som opplæringsstad for sjukepleiestudentar. Men ein sjukehusavdeling er også ein virtuell kontekst. Kva gjer det med ein avdeling at den veit den er i to kunnskapsmodus samstundes? Etter dei perspektiva på stegvis utvikling av kunnskap eg presenterte i kapittel 1 vil dette seie at dei tilsette er i stand til å reflektere over stega. Dette er ein kunnskap på høgt abstraksjonsnivå som tyder på evne til å lære og lære, slik Bateson introduserte omgrepet (1972).

Så langt Nonakas omgrepsapparat. Eg gjorde i kapittel to greie for ei tolking av dei fem disiplinane i den lærande organisasjonen slik Peter Senge har introdusert dei. Et det mogeleg å knyte fire av disiplinane til grunnskjemaet slik eg har gjort med Nonaka og Takeuchi?

10.3 Peter Senge: Fire av disiplinane i lys av grunnskjemama

Lat oss byrje med disiplinen *felles visjonar*. Utøving i praksis medfører til dømes for ein helseleiar å leie dialoger med fagpersonalet, der målet er å utvikle forståing for den felles praksis institusjonen må legge til grunn for verksemda si. Disiplinen kan utøvast på mange nivå, avhengig av trekk ved både leiar og stab.

Thue drøftar i sitt kapittel ulike måtar å forstå deltaking frå organisasjonsmedlemene si side i omstillingsprosessar. Bodskapen frå den litteraturen Thue siterer er nokså eintydig: Utan aktiv involvering frå dei tilsette si side vil ikkje omstilling og bevisst forandring av organisasjonar bli særleg vellukka. Thue drøftar ikkje disiplinen *felles visjonar*, derimot siterer ho fleire av dei forfatarane som legg vekt på bearbeiding av subkulturar og gruppenormer. Lat oss sjå nærare på dette.

<i>Felles visjonar</i>		<i>Personleg meistring</i>
Gruppe-organisasjonen	I	E Entreprenør-organisasjonen
Hierarki	A	P Ekspert-organisasjonen
<i>Mentale modellar</i>		<i>Læring i lag</i>

Figur 10.5: Fire av disiplinane i lys av grunnskjemama

Dersom ein leiar ynskjer å endre på praksis og tenkjemåtar ved eininga si har han grunnleggjande fire ulike måtar å handle på: Han kan for det første prøve og argumentere rasjonelt-empirisk. I ein organisasjon er eigentleg det vi meiner når vi seier at vi vi lære av erfaring. Problemet er at vi ofte manglar kontroll over årsak-verknadsløfyene og då får vanskar med å overtyde dei tilsette om at dei tidlegare har handla feil.

For det andre kan helseleiar bruke makt i meininga arbeidsgivars styringsrett. Det kan det hende han må, i nokre samanhengar. Men dei fleste vil vere samde om at

slike endringsstrategiar ikkje er dei første ein tyr til, når formålet er utvikling, læring og vekst mellom personalet!

For det tredje kan helseleiaren altså bearbeide subkulturar og gruppenormer som opprettheld uønskt åtferd. Sosiokulturelle læringsteoriar vektlegg at det som tel som kompetanse er sosialt konstruert; at kunnskap og dugleikar ikkje berre eksisterer hjå individet, men også i kollektive miljø. Leiaren som kulturbyggjar kjem då i søkelys, og ein handlingsstrategi vil vere å prøve å endre den etablerte kulturen og erstatte med ein annan. Men det er vanskeleg å endre innarbeidde gruppenormer mellom vaksne, etablerte yrkesutøvarar med høg grad av sjølvstende i yrkesutøvinga, men strategien er uansett sentral i tradisjonelt organisasjonsutviklingsarbeid.

Det ville ikkje vere unaturleg om ein leiar nytta alle tre endringsstrategiane i ein situasjon der det er nausynt å endre innarbeidd praksis og tenkjemåtar. Men utøvinga av disiplinen Felles visjonar inneber eigentleg ein fjerde endringsstrategi som kan kallast moralsk overtaling, eller *føring av normative samtaler om kva det innber å vere lege eller sjukepleiar og å utøve behandling og pleie i vår tid.*

Føring av normative samtaler i eit kollegafellesskap er ein aktivitet som først og fremst gir meining når talar om den organisasjonskonfigurasjonen vi i grunnskjemaet kallar gruppeorganisasjonen, slik eg har teikna inn i figuren ovanfor. Det er på gruppenivået normative verdiar vert heldne fast og oppretthaldne gjennom interaksjon, på same vis som det er på dette nivået vi må forstå sosialisering. Utøving av felles visjonar vert då ein aktivitet som hypotetisk grip inn i overføringa av taus kunnskap mellom deltakarane ved at leiaren stiller verdiladde spørsmål knytt til denne kunnskapen.

Kreativ spenning oppstår, seier Fritz, (1991), når gapet mellom røyndomen og visjonane er så stort at vi må strekkje oss for å yte, men ikkje så stort at vi forstrekker oss. Utøving av disiplinen personleg meistring handlar i praksis om å lære seg å tenkje over kva ein sjølv vil med sitt eige liv, både i stort og i smått. Visjonar i denne meininga handlar om kva det er ein som individ verkeleg vil. For ein leiar handlar det om at klare og tydelege bilete av den retningen ein ynskjer å gå som individ, ein viktig del av det å vere leiar for eit kollektiv: Kva retning kan ein leie noko i, når ein ikkje har retning sjølv?

Disiplinen handlar om å bearbeide den spenninga som oppstår når visjonane møter den traurige kvardagen. For kvardagsvanskane går ikkje sin veg fordi om vi har ein vakker visjon. Derimot vil avstanden mellom kvardagen og bileta av framtida kunne

skape energi, dynamikk og kreativ kraft nok for leiaren til at han maktar å ta dei grepa og utføre dei handlingane som skal til for å gjere noko med dei rådande tilhøva.

Sidan personleg meistring nett synest å handle om denne evna til å handtere gapet mellom det ein ynskjer og røyndomen, er det naturleg å drøfte om ikkje personleg meistring først og fremst er ein disiplin som gir meining innanfor konfigurasjonen entreprenørorganisasjonen. Eksternalisering – det å setje konkrete ord på erfaringar, visjonar, ynskjer og draumar vil i ein kollektiv kontekst arte seg på andre måtar enn når vi talar om entreprenøren som eit einsamt individ som byggjer ei ny verksemd frå botnen av. Dette kan sjølvsgt vere rett i mange tilfelle, men nå vi talar om entreprenørskapsaktivitetar knytt til eksisterande verksemdar, vil dette helst vere ein lite treffande metafor for endring. Utvikling, nyskaping og forandring er ikkje frikopla frå den individuelle leiaren, men vil kanskje like mykje handle om leiarens evne til å få til dialogar om framtida, der leiarens bilete sjølvsgt er svært viktige, men dei skal jo gjerast om til røyndom, og det skjer ikkje utan deltaking frå andre.

Ein mental modell hos eit individ ei avspiegling av korleis vedkomande oppfattar verda utanfor seg sjølv, både i stort og i smått. Mentale modellar eller mentale kart har i regelen rot i røyndomen. Men dei er ikkje røyndomen, dei er berre bilete av røyndomen. Bileta kan forandrast, og då forandrar vi samstundes dei tankemønstra som styrer handling (eller ikkje-handling) som er knytt til modellen. Overført til organisasjonar handlar disiplinen mentale modellar om å forstå korleis ein sjølv og andre tenkjer i forenkla kognitive bilete, og at desse bileta kan – og må – forandrast om organisasjonsmedlemene skal lære. Om dei ikkje forandrar mentale modellar, lærer dei ikkje noko nytt, for det er jo mentale modellar vi lærer når vi lærer.

Disiplinen kan utøvast på to måtar: *Refleksjon* og *gransking* (inquiry). Forfattarane Donald Scön og Chris Argyris er kvar for seg og saman, sentrale i utforming av idear om korleis organisasjonsmedlemer lærer å utfordre eksisterande mentale modellar mellom dei sjølve og andre – eller det motsette: Lærer å la vere og utfordre eksisterande modellar. Det er kanskje det vanlegaste. Senge seier elles at trongen for utøving av denne disiplinen vert særleg påtrengjande i organisasjonar der rommet for refleksjon er lite, og medlemene er lite vane med ideen om at andre synspunkt enn deira eige kan ha relevans og vere like ”sanne” som det dei sjølve opplever som korrekt tolking av ei hending (Senge et al, 1994).

Leiarens mentale modellar må også utfordrast gjennom refleksjon og gransking. Det er like viktig for leiaren å få utfordra sine eigne tenkjemåtar, som det er for han å utfordre andre. Den tradisjonelle, hierarkiske organisasjonstenkinga som plasserer makt,

mynde og autoritet hos den formelle leiaren vil truleg hindre folk i å vere ærlege og oppriktige om openberre feilslutningar frå ein helseleiar si side. Dette er ein av mange grunnar til at dobbeltkrets-læring er så vanskeleg.

Det er det siste argumentet som gjer det aktuelt å spørje om denne disiplinen først og fremst gir meining når vi talar om dei *etablerte* mønstra som utgjer organisasjonen. Og når vi talar om det etablerte, dei eksisterande prosedyrane, kulturen og framgangsmåtane, siktar vi til den konfigurasjonen vi kallar hierarkiet. På same måte som internalisering vil vere den prosessen der individa gjer hierararkiets dominerande idear til sine eigne, handlar disiplinen mentale modellar om å utfordre konsekvensane av dette.

Vanlegvis oppfattar vi det å lære og lære som utvikling av ein metakunnskap som gjer oss innsikt i korleis vi sjølve tilnærmar oss nye utfordringar. Disiplinen læring i lag handlar om noko meir, den handlar om korleis vi tilordnar denne kunnskapen til eit sosialt fellesskap utanfor oss sjølve. Wenger (1998) er opptatt av dette, når han skriv om læring i eit praksisfellesskap. Både Senge og Wenger brukar omgrepet 'alignment' – å komme på linje' når dei talar om korleis den enkelte av oss strevar med å få våre eigne erfaringar og vår eigen kunnskap til å stemme overens med det som vert venta av oss som medlemmer i eit større arbeidsfellesskap. Hellesnes (1975) hevdar at for å forstå oss sjølv må vi "lokalisere oss" – og finne kvar vi står i den samfunnsmessige og historiske samanhengen. Det inneber å kunne sjå oss sjølv i høve til andre og å skifte perspektiv i forståing av menneska og fenomen som omgjev oss. Eit lag, eit organisasjon, eit team eller eit praksisfellesskap vert så og seie den meiningsberande ramma for den aktiviteten vi strevar med, enten det er gjennomføring av undervisning ved ein skule, fotballspeling eller sjukepleie. Men kva er denne ramma, og korleis bidreg vi til at den vert noko meir enn summen av oss? Det handlar denne disiplinen om, og det er difor eg vel å drøfte den i lys av produsentrolla eller den konfigurasjonen vi kallar ekspertorganisasjonen. Det vil handle om å utvikle ny kunnskap ved å sjå kva ein sjølv kan, i lys av andre aktørar utanfor ein sjølv, og evne og delta i kollektive prosessar som gjer at eigen og andres kunnskap vert kombinert – sett saman i nye konstellasjonar.

Utviklinga av disiplinen forutset etter Senge si meining evne mellom medlemene til å kommunisere i to ulike modus: Gjennom diskusjon og dialog. Ved å diskutere, utviklar gruppemedlemmer individuelle synspunkt og forsvarer standpunkt. Diskusjonar kan dermed vere prega av politikk, makt, diskusjonar om rett og gale, mangel på omtanke og redsle. Grupper som arbeider i lag vil vere prega av slike prosessar, men Senge seier at dei som også lærer i lag, evner å utvikle diskusjonar til dialogar, der

lytting og undersøkjande refleksjon fremjar ny innsikt som løfter kollektivet til eit høgre ytingsnivå. Det er grunn til å tru at ekspertorganisasjonar som ikkje klarar å gå ut av diskusjonsmodus og over i dialogmodus, heller ikkje vil vere i stand til å delta i kombinasjonsprosessar, slik Nonaka gjer greie for dei.

10.4 Kva som bind saman – om grunn dimensjonane

Etter å ha introdusert grunn dimensjonane slik figur 10.1 syner, tek Strand eit interessant grep som eg ynskjer å gjere etter. Han drøftar korleis ei rekkje *andre* forfattarars omgrepsapparat høver andsynes grunn skjemaet (op cit, s. 252). Det er slik han utvidar og utviklar dimensjonane slik fig. 10.2 syner. Dette grepet meiner eg kan utviklast for også å høve når vi drøftar korleis læring og kunnskapsomgrep kan forståast i lys av grunn skjemaet. Men då må vi grunngi dei andsynes grunn dimensjonane²³.

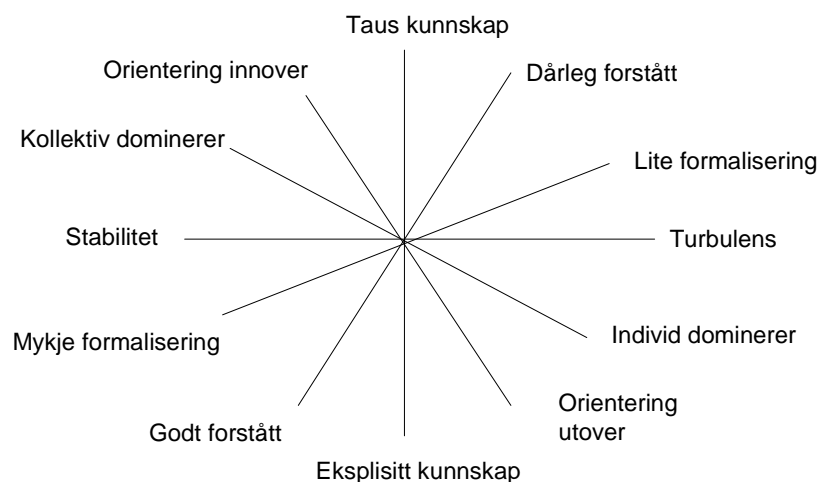
Den eine grunn dimensjonen hjå Strand har ”Mest orientering innover” som den eine verdien, og ”Mest orientering utover”, som den andre (2007 s. 250). Grunn gjevinga bak dimensjonen synest å vere ein ressurstankegang. Strand syner til at organisasjonar i ulik grad er må forhalde seg til omverda. Sjølv om tradisjonell organisasjonstenking gjerne legg vekt på indre organisering, kjem ressursar utanfrå. Innanfor det som vert kallar institusjonell teori er det blitt eit vanleg synspunkt at ”organizations are affected, even penetrated, by their environments” (Scott 1995 s. 132). Sjølv om Scott peikar på at organisasjonar med suksess kan påverke si omverd, understrekar dette nett den grunnleggjande verdien av det opne systemperspektivet. Denne grunn dimensjonen vert også viktig dersom ein ynskjer å handtere eit økologisk perspektiv på helse- og sosialsektoren, slik Follevåg presenterer det i kapittel sju.

Det verkar også fornuftig å halde fram verdiane ”Lite variasjon” og ”Mykje variasjon”, og ”Homogent ytre miljø” vs ” Heterogent ytre miljø”. Som Follevåg antydar i kapittel sju, vil det å reellt ta omsyn til brukaren i kommunal omsorg, openbertt innebere at kompleksiteten i tenesteytinga aukar. Dette kan fangast gjennom verdien auka heterogenitet. Verdiane gir også eit høve til å handtere nettverksomgrepet på ein heilt annan måte enn det Strand gjer i 2001-utgåva av boka si. Der vert nettverk framstilt som ein femte konfigurasjon, heller enn eit fenomen som bør forståast med utgangspunkt i systemteorien, slik Follvåg referer Fyrand (2005). I

²³ Etter kvart som grunn dimensjonane utviklar seg, endar vi vel opp med ein slags indeksar, i ei metodisk meining.

Eg forstår heller ikkje kvifor Strand knyter verdiane ”Stabilitet” og ”Turbulens” til den vertikale dimensjonen. Det verkar som om det er Quinn som er inspirasjonskjelda her. Men med utgangspunkt i Quinns skjema, slik Strand referer det (Strand 2007 s. 260) kunne desse verdiane like gjerne vore knytte til den horisontale dimensjonen.

Eg trur også det kan vere fruktbart å utvide med ein dimensjon som framhevar verdiane ”Kollektivet dominerer” og ”Individet dominerer”. Vi syner med det at læring og kunnskapsutvikling i organisasjonssamanheng ikkje kan forståast utan tilvising til begge desse nivåa. Det er individa som lærer, men det skjer i den kollektive konteksten, organisasjonen. I grunnskjemaet ser vi at vi då fangar opp både formell og uformell organisasjonsforståing. Samstundes framhevar skiljet mellom ”individ” og ”organisasjon” at individet betyr ulike ting innanfor ulike organisasjonskonfigurasjonar. Hierarkisk organisasjonslogikk dominerer over individa, men individ kan etter entreprenørskapslogikken forandre organisasjonar. Individorientering gir også meining innanfor ekspertorganisasjonen. Vi ser i Naustdal sitt kapittel om sjukepleie og kompetanseutvikling at det i den seinare tida er retta søkeløys på trongen for ei sterkare kollektiv forståing innan denne profesjonen. Det kan vere mange grunnar til dette. Ei hypotese kan vere at reformer utfordrar etablerte maktposisjonar mellom profesjonar. Ei anna kan likevel vere at profesjonar har ulike kunnskapssyn: Er det individa eller kollektivet som er berarar av kunnskapen? Verdiane ”Kollektiv orientering” og ”Individorientering” kastar lys over slike hypoteser.



Figur 10.6: *Utvikling av grunnskjema i systemisk retning*

Figuren ovanfor syner korleis eg ser føre meg at dimensjonane kan utviklikast samstundes som grunn dimensjonane vert tekne vare på:

Den andre grunn dimensjonen har i grunn skjemaet verdiane ”Mykje formalisering” og ”Lite formalisering”. Strand grunnjev med at dette integrerer to ulike sett av aksepterte perspektiv på måtar å gjere greie for organisasjonsfenomenet: Som objektive, synlege og relativt faste strukturar på den eine sida og som sosiale, flytande og organiske på den andre. Vi ser både dei formelle ”objektive” strukturane som er uavhengige av individa, og det flytande, ”subjektive” og meiningsskapande som menneskefellesskapa utgjer. Verdiane på denne grunn dimensjonen kan vi behalde, sjølv om eg meiner det er viktig å understreke at verdiane ”Dårleg forstått” og ”Godt forstått” også er viktige. Desse har Strand henta frå Parrow (1970), som utviklar omgrepsparet vidare i boka ”Normal Accidents” frå 1984. Der er ei budskap at når system vert komplekse, mistar menneska oversynet over årsak-verknad, og handlingar innanfor systema vert dårlegare forstått. Vi mister oversynet over konsekvensane av handlingane innanfor slike system. Her finn vi ei interessant kopling til læringsresonnement. Ei rekkje teoribidrag kan potensielt grunnje kvifor verdiane ”Formell/Godt forstått” og ”Uformell/Dårleg forstått” kan namngje to ytterpunkt på dimensjonen *organisatorisk handlingsmodell* eller organisasjonshandling.

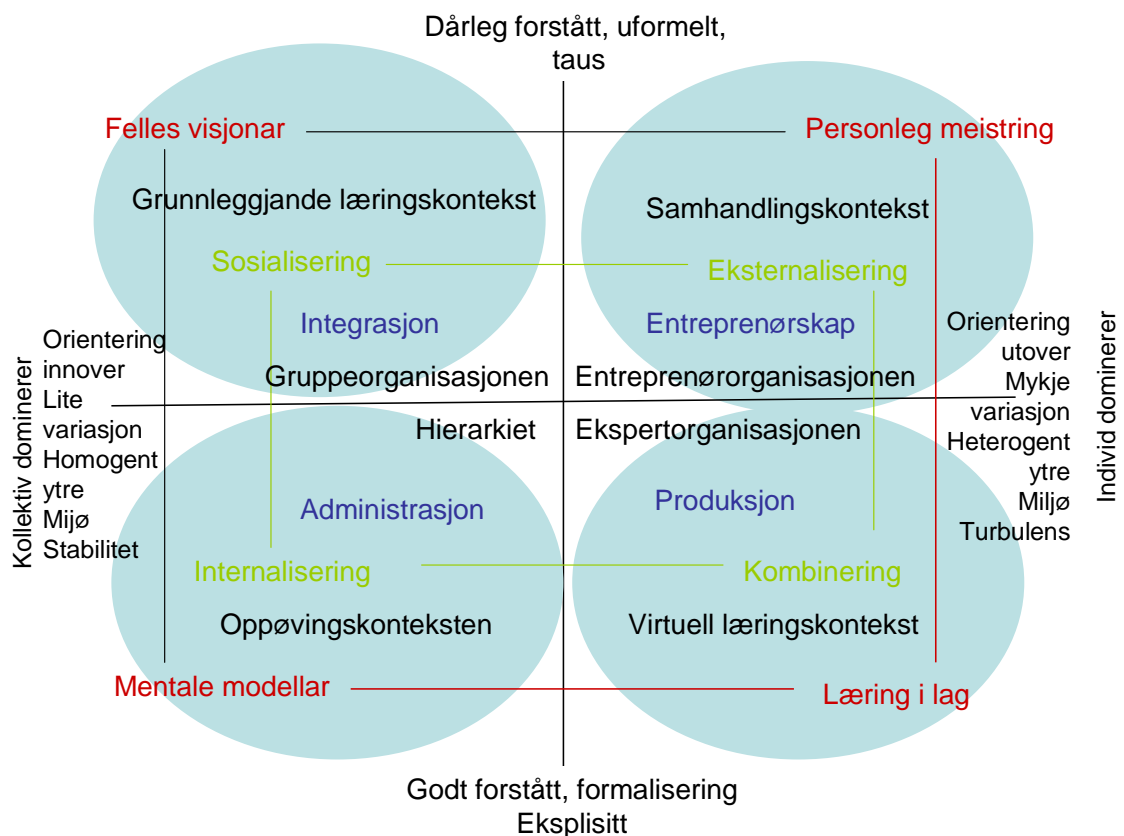
Senge vel å forstå organisasjonshandlingar gjennom omgrepet mentale modellar. Dette er eit omfattande omgrep hjå denne forfattaren, og ideen om mentale modellar er gamal. Sjølve orda – omgrepet - blir tilskriven den skotske psykologen Kenneth Craik, som nytta det i boka *The Nature of Explanation* i 1943. I dag blir omgrep som ’mentale kart’, ’mind maps’, ’referanserammer’ og ’kognitive modellar’ også nytta, når vi syner til dei mentale prosessane (kognisjon) som skjer når eit individ tileignar seg, kodar, lagrar, gjenkallar og dekodar informasjon. Sagt på ein annan måte: Det handlar om den metoden vi brukar for å strukturere kunnskap slik at det vert lettare for oss å hugse og bruke erfaringar utan å gå vegen om ny informasjonsinnsamling og analyser av denne informasjonen, kvar gong vi støyter på ei utfordring. Forstått på denne måten er ein mental modell hos eit individ ei avspesling av korleis vedkomande oppfattar verda utanfor seg sjølv, både i stort og i smått.

Utgangspunktet til Argyris og Schön (1978) er at organisasjonar opererer ut frå såkalla *handlingsteoriar* – som også er mentale modellar eller representasjonar – og som gjev retning til konkret handlingsåtferd i organisasjonen. Dei skil mellom *forfekte teori/uttrykt teori* (”espoused”), synleggjort gjennom språket vi nyttar, og *teori i bruk/bruksteori* (”in-use”), som berre kan sjåast gjennom observasjon av handlingar, då

dei er innleira i og syner seg gjennom åtferd. Teori-i-bruk kan vanskeleg uttrykkast i ord – anten fordi handlingane ikkje lar seg beskrive, eller fordi dei ikkje kan - eller blir - diskutert i organisasjonen.

Korleis vert mentale modellar utfordra i ein organisasjonssamanheng? Argyris og Schön ser på organisasjonslæring som avdekking og korrigering av feil og mistilpassingar som blir oppdaga, og som i sin tur inneber forbetring gjennom justering eller endring av handlingsteoriane. Dei to forfattarane skil mellom to ulike nivå for læring; enkeltkrets- og dobbelkretslæring (Argyris og Schön 1978). Enkeltkretslæring inneber at feil og mistilpassingar blir oppdaga, men den grunnleggjande handlingsteorien er uforandra.

Andre forfattarar nyttar omgrep som *reactive vs proaktive learning* (Duncan, 1974); *evolutionary vs designed learning* (Shrivastava og Mitroff 1982), og desse omgrepa kunne også vore drøfta nærare som bidrag til forståing av grunndimensjonen.



Figur 10.7 Eit samla perspektiv på leiing og læring innanfor grunnskjema

Dimensjonen fangar også opp omgrepa taus og eksplisitt kunnskap slik Nonaka (1994) med tilvising til Polanyi (1967) brukar omgrepsparet. Kunnskap kan med eit slikt utgangspunkt forståast som nedskriven, kodifisert og i ei intersubjektiv form som kan

formidlast til og forståast av fleire. Ei lærebok, ein manual, ein instruks, ein forskingsartikkel kan vere døme på måtar kunnskap framstår i eksplisitt form. Det kan vere tale om andre former for teikn eller symbol. Ein kjend logo kan også forståast som eksplisitt kunnskap, slik kunnskapskapitalomgrepet opnar for. Det ligg elles fleire forståingar av kunnskap som 'taus' eller 'implisitt'. Det kan vere at kunnskapen enno ikkje er nedskriven, men han kan bli det. Han kan også vere i ei form som ikkje let seg abstrahere til intersubjektiv form. Ikkje all erfaring kan overførast gjennom tekst eller teikn, og det er jo grunnleggjande det vi siktar til, når vi talar om sosialisering.

Vi ser at ei rekkje teoribidrag potensielt kan gi meining langs dimensjonen organisatorisk handlingsmodell. Vi kan tale om mentale modellar som vert innlært – eller utfordra; om korleis taus, etablert kunnskap møter ny, eksplisitt kunnskap; om korleis organisasjonsmedlemer potensielt kan bli konfronterte med manglande samsvar mellom teoriar-i-bruk og uttrykte teori; korleis endra krav utanfrå kan føre organisasjonsmedlemer over i eit anna kunnskapsutviklingsmodus, eller vi kan tale om organisasjonar som går frå evolusjonær til eit designa læring eller frå reaktiv til proaktiv læring. Ikkje minst kan vi fange opp skiljet mellom taus og eksplisitt kunnskap langs dimensjonen.

Med det er alle dei grunnleggjande omgrepa presenterte og vi kan teikne ein samla modell slik eg har gjort i figur 10.6

..men kva med den femte disiplinen?

Det naturlege også å drøfte den femte disiplinen langs dei to grunndimensjonane i skjemaet. Den femte dimensjonen kallar Senge også for systemisk tenking, og med det meiner han grunnleggjande at vi skal leite etter korleis ting heng saman, heller enn å vere opptakt av lineær årsak-verknad. Han seier også at vi må vere opptekne av langsiktige endringsprosessar og ikkje berre kort augneblinksbilete (Senge, 2006 s. 73). Systemisk tenking er forankra i systemdynamikk og kybernetikk, og forståing for feedbacksløyfer som opprettheld mønster er grunnleggjande her. Dette er stoff som ikkje er så lett å knyte til tradisjonelle teoriar om leiing, læring og organisasjonsstudier. Eg har difor i kapittel to gjort eit forsøk på å drøfte korleis vi gjennom dei to dimensjonane kan nærme oss systemtenkinga på ein noko annan måte enn Senge gjer.

Når eg innfører verdiane individ og kollektiv langs den eine dimensjonen i grunnskjemaet har eg også innført *eit relasjonelt perspektiv på læring*. Eit relasjonelt perspektiv på læring inneber at vi ikkje først og fremst rettar søkelys på den enkeltes læring, men på det som skjer *mellom* dei lærande aktørane, samstundes som vi tek

omsyn til at spesifikke, organisatoriske eller kontekstuelle faktorar utgjer ei ramme rundt relasjonane. Dette er også ein av budskapane i deler av det teoritilfanget Follevåg har gått gjennom i kapittel sju. Dersom vi skulle prøve å framstille det relasjonelle perspektivet på ein enkel måte, kunne det bli noko slikt: Den eine verdien på dimensjonen framhevar at relasjonell læring er forankra i ei kjensle av tilhøyrse og felles retning i eit fellesskap. Senge seier elles ikkje direkte så mykje om dette, han seier meir generelt at sosial dynamikk verkar side om side med andre dynamiske krefter i dei systema menneska omgjev seg med. Vi kan her la oss inspirere av Wengers omgrep ”praksisfellesskap” (Wenger 1998). Dette omgrepet syner til den sosiale prosessen som skjer når folk deler ei felles interesse i ei eller anna mening, og over tid samarbeider om å dele idear og finne løysingar. Omgrepet vart først nytta av Lave og Wenger (1991). Med dette som utgangspunkt kan vi seie at kunnskapsutviklingsprosessar vil vere forankra i faste, stabile situasjonar eller organisasjonsmønster som knyter saman kollegaer. Eit relasjonelt perspektiv på læring inneber at ein ikkje trur kunnskap utan vidare enkelt kan flyttast. Kunnskap er bunde til fellesskapa som brukar kunnskapen, og både leiarar og tilsette må arbeide med desse fellesskapa når kunnskap skal utviklast, eller ny kunnskap takast i bruk.

Dersom vi tenkjer systemisk med utgangspunkt i den relasjonelle dimensjonen vil helse- og sosialsektoren kunne skildrast om lag på denne måten: Dei som arbeider i helsesektoren er gjennom deltaking i eit lokalt, fagleg fellesskap kopla til ei større fagleg verd, gjennom si utdanning til høgskular og universitet og til fagfellar i andre land , ved andre sjukehus og andre institusjonar. Ei mengd feedbacksløyfter påverkar dei lokale fellesskapa og dermed handlingane til einskildaktørane. Follevåg i har i sitt kapittel 7 antyda ein del slike tilbakemeldingssløyfer. Ho peikar også på korleis systemiske perspektiv representerer eit alternativ til meir tradisjonell organisasjonstenking innanfor den kommunale pleie- og omsorgssektoren.

Follevåg legg også vekt på at yrkesutøvarar i helse- og sosialsektoren møter pasientar som einskildindivid. Dei skal møte andre menneske deira eigen kunnskap skal nyttast i samspel med kollegaer – og pasient. Gjennom pasientane møter dei også pårørande, dei vert kopla til dei lokalsamfunna pasientane og dei pårørande bur i. Dermed vert dei som helsepersonell og organisasjonsdeltakarar også tilkopla feedbacksløyfer på dette nivået. Vi kan altså tale om to sett av relasjonar som koplar helseleiarar og helsepersonell ein større heilskap som helsevesenet er del av.

Systemisk tenking byggjer altså på ei oppfatning om at dei ulike delane i eit system er regulerte av det større systemet dei er del av. Det er dermed så og seie uråd å

forstå ein del av eit problem utan å ta omsyn til den heilskapen problemet er del av. Dette er ei tenking som utfordrar det vi elles kallar reduksjonisme, og ved å leggje vekt på denne grunndimensjonen er det mogeleg å nytte ein systemisk innfallsvinkel til grunnskjemaet.

Grunnleggjande viktig i systemisk tenking er det også at små endringar i eit del-system kan skape store endringar andre stader i systemet. Dette er eit anna ord for dynamisk kompleksitet, og eg har ovanfor argumentert for at det er dette vi kan fange gjennom dimensjonen organisatorisk handlingsmodell i figur 10.6. Kompleksitet i eit system blir mellom anna skapt av at ein mister oversikt over sambandet mellom årsak og verknad. Dette kan skje på mange måtar, men ein av dei vil vere at tiltak i eitt delsystem får ikkje-tilsikta konsekvensar i eit anna del-system, eller i det større systemet som heilskap. Innanfor helsevesenet kan både ny forskning, reorganiseringar, finansieringsordningar og andre lokale og sentrale tiltak "rote" til dei organisatoriske handlingsmodellane som helsepersonell har vent seg til.

Som Strand skriv (2007 s. 246), vi kan velje korleis vi vil oppfatte verda vår. Vi kan velje å leggje vekt på den delen av livsverda vår som representerer det stabile, ikkje-enderande og godt forstått. Men vi kan også rette søkelys på det som er vanskeleg forstått, det ukjende, det nye og det som skal komme i livsverda vår. Nonaka (1994) talar direkte om at læring vert til i balansegangen mellom desse to sidene ved verda. Dei eksisterer side om side, men det er ikkje sikkert vi alltid har lyst å innrømme det. Grunndimensjonen organisatorisk handlingsmodell i skjemaet tvingar oss til å gjere det.

Mot eitt perspektiv på læring og leiing i organisasjonar?

I dette kapitlet har eg teke utgangspunkt i det grunnskjemaet Strand (2007) har presentert. Det er utvida med ei rekkje argument knytt til læring og kunnskapsutvikling i organisasjonar. Nokre grunnleggjande læringsresonnement er drøfta langs dei dimensjonane som bind saman grunnskjemaet.

Denne måten å tenkje kunnskapsutvikling gjev oss eit bilete av leiing og læring i organisasjonar der vi kan vidareutvikle oppfatninga av hierarkiet som den konfigurasjonen som gjev meining til administrativt orienterte leiarroller. Hypotesen vil vere at internalisering av eksisterande reglar, normer, tradisjonar og framgangsmåtar er den viktigaste kunnskapsutviklingsprosessen etter den hierarkiske tenkinga, der den eksisterande organisasjonsstrukturen vil utgjere det eg med tilvising til Nonakas omgrep 'exercising ba' har kalla øvingskonteksten. Individua lærar, og dei utviklar kunnskap, men organisasjonen gjer ikkje det. Det kan derimot skje dersom leiarar tek i bruk

disiplinen mentale modellar slik omgrepet er lånt frå Senge. Det er gjennom denne disiplinen ein utfordrar eksisterande tenking, eksisterande modellar, strukturar og framgangsmåtar.

Ekspertorganisasjonen er namnet på den kjernekonfigurasjonen som rettar merksemda mot den grunnleggjande verdiskapinga. Den grunnleggjande læringsprosessen her har eg med tilvising til Nonaka kalla kombinerings- og ekspertorganisasjonen utgjer då gjennom koplinga si til kundar, klientar, konkurrentar og kollegaer eit virtuelt læringsfellesskap som leiarar etter Senges omgrepsapparat kan bearbeide gjennom disiplinen læring i lag. Etter Nonaka si tenking inneber eit slikt læringsfellesskap at ein nærast per definisjon arbeidet med ny (for organisasjonen) kunnskap, nye koplingar eller nye framgangsmåtar. Kunnskapen i seg sjølv treng ikkje vere ny, men for den konkrete organisasjonens medlemmer kan den vere det. Utøving av disiplinen læring i lag inneber at ein øver einskildindividet i organisasjonen til å sjå seg sjølv i lys av andre når dei øver inn nye organisasjonshandlingar i eit arbeidsfellesskap.

Entreprenørorganisasjonen utgjer i denne tenkinga ein konfigurasjon som i lys av kunnskapsutviklingsomgrepa kan kalla organisasjonens samhandlingskontekst ('interacting ba'), der leiarens utviklingsverktøy først og fremst vil vere seg sjølv og evna til å handtere gapet mellom eigne visjonar og røyndom gjennom disiplinen personleg meistring.

Gruppeorganisasjonen vil utgjere den grunnleggjande læringskonteksten, 'originating ba', og sosialisering vert den viktigaste læringsprosessen. Føring av normative samtaler vert det viktigaste leiarverktøyet i form av disiplinen felles visjonar, etter Senge sitt omgrepsapparat.

Eit samla perspektiv som dette gjer det mogeleg å trekkje saman og drøfte ei lang rekkje bidrag frå lærings- og leiingslitteraturen på ein enkel måte. Det gir eit svært robust omgrepsapparat som kan tilpassast ei lang rekkje ulike organisasjonstypar og kontekstar for forståing av leiingsutfordringar forstått i lys av lærings- og kunnskapsomgrep. Møtet med empiriske undersøkingar vil vise om perspektivet har verdi ut over det å sy saman mange og sprikande fagomgrep.

Litteraturliste

Abbot, Andrew (1988): *The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labour.* Chicago. The University of Chicago Press.

Adizes, Ichac (1980): *Lederens fallgruver og hvordan man unngår dem.* Oslo: Hjemmets fagpresseforlag.

Altman, L. og Taylor, D.A (1973): *Social penetration. The developement of interpersonal relationships.* Holt, Rinehart & Winston, New York

Amdam, J. og Amdam R: (2000). *Kommunikativ planlegging. Regional planlegging som reiskap for organisasjon- og samfunnsutvikling.* Det Norske samlaget, Oslo.

Argyris, C og Scøn, D.A (1996): *Organizational Learning II: Theory, Method and Practice.* Reading, Mass: Addison-Wesley

Argyris, Chris (1994): *On organizational learning.* Mass: Blackwell, Cambridge

Bakhtin, M. M. (1986): *Speech Genres and Other later essays.* I: Emerson, C. og M. Holquist (red.). M. M. Bakhtin. *Speech Genres and other later essays.* Ausyin: University of Texas Press.

Baldersheim, H og L Rose: "Kommunale reformer som teoretisk utfordring". I *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering.* Bergen, Fagbokforlaget.

Batalden, P.B og Stolz, P. K (1992): «A Framework for the Continual Improvement of Health Care. Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work.» *Journal of Quality Improvement.* Vol 19:10.

Batalden, Paul B, Godfrey, Marjorie M. og Nelson, Eugene C (eds) (2007): *Quality by design : a clinical microsystems approach.* San Francisco : Jossey-Bass

Bateson, Gregory (1972): *Steps to an Ecology of Mind.* Ballantine Books, NY

Bass, B.M. (1985). *Leadership and performance beyond expectation.* New York: Free Press.

Bass, B. M. & Avolio, B. J. (1990). *Transformational Leadership. Development: Manual for the Multifactor Leadership Questionnaire.* Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press

Benner, P. (1984): *From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice.* Menlo Park, Calif. : Addison-Wesley.

Benner, Patricia (1995): *Fra novise til ekspert, -dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis.* Otta: Munksgaard og Tano A.S.

Bertalanffy, L.von: (1968). *General systems theory. Foundation, development, application*. New York: Braziller

Bertilsson, M., 1990. The welfare state, the professions and citizens. In: R. Torstendahl and M. Burrage (Eds), *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy* (s.114-133). London: Sage Publications.

Bjørk, Ida Torunn (2001): Sykehusavdelingen – et miljø for læring. I *Vård i Norden* 4/2001.

Bloom B. S. (1984): *Taxonomy of educational objectives*. Boston, MA: Allyn and Bacon.

Blåka, G. og Filstad, C. (2007) *Læring i helseorganisasjoner*, Oslo, Cappelen.

Boreham, N. (2006): *The co-construction of individual and organizational competence in learning organizations*. A paper presented at ECER, geneve, September.

Bronfenbrenner, Urie (1973): *Two worlds of childhood: US and USSR*. Harvard University Press, Cambridge

Bronfenbrenner, U: (1979).*The ecology of human development: Experiment by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press

Brusdal, R. og I. Frønes(2000): *På sporet av den nye tid. Kulturelle varsler for en nær fremtid*. Bergen Fagbokforlaget

Burns, J.M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.

Busch,T og Vanebo, J.O.(2000): *Organisasjon, ledelse og motivasjon*. Oslo: Universitetsforlaget

Busch,T og Vaanebo, J.O.(2003): *Endringsledelse i det offentlige* Oslo:Tano Aschehoug.

Byrkjeflot, Haldor (1999): *Modernisering og ledelse – om samfunnsmessige betingelser for demokratisk lederskap*. Bergen. LOS senteret rapport nr. 5

Byrkjeflot, Haldor (2002): Ledelse på norsk: Motstridende tradisjoner og idelaer? I Skogstad, Anders og Einaren, Ståle (red.) (2002): *Ledelse på godt og vondt. Effektivitet og trivsel*. Bergen. Fagbokforlaget.

Byrkjeflot,H, Neby, S (2005): Noreg i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren? I Opedal, S og Stigen, IM (red.)(2005) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget

Bø, Inge (2005): *Påvirkning og kontroll – om hvordan vi former hverandre*. Fagbokforlaget, Bergen

Cohen, S. (1986) “Knowledge and Context” *Journal of Philosophy*, 83, 574-583.

Christensen, Tom og Lægred, Per (2002): *Reformer og lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christiansen, B, Heggen K. og Karseth, B (2004): *Klinikk og akademia. Reformer, rammer og roller i sykepleierutdanningen*. Oslo. Universitetsforlaget

Crozier, M (1964): *The Bureaucratic Phenomenon*. Chicago. University of Chicago Press

[Csikszentmihalyi, Mihaly](#) og [Csikszentmihalyi, Isabella Selega](#) (1975): *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco : Jossey-Bass

Cyert, Richard M. og March, James G. (et al) (1963): *A behavioral theory of the firm*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.

Deming, W.E (2000): *Out of Crisis*, Mass:Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study

Dewey, J. (1938): *Experience and education*. New York : Macmillan.

Dewey, J. (1998): *Experience and education*. West Lafayette, Ind. : Kappa Delta Pi.

Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E. & Athanasiou, T. (1988): *Mind over machine : the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.

Dysthe, Olga red.(1996): *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo

Dysthe, O. (1999) Ulike teoriperspektiv på kunnskap og læring. Tidsskriftet *Bedre skole*, 4-10. Oslo: Utdanningsforbundet

Dysthe, O. & Engelsen, K. S. red. (2003): *Mapper som lærings- og vurderingsredskap*. Oslo. Abstrakt forlag.

Ekeli B-V. (2002): *Evidensbasert praksis: snublestein i arbeidet for å bedre kvalitet i helsetjenesten?* Tromsø: Høgskolen i Tromsø: Eureka forlag

Elden, M. og M. Levin (1991): Co-generative learning. Bringing Participation into Action. I Whyte, W.F. *Participatory Action Research*. Newbury Hill: Sage

Etzioni, A (1969) : *The Semi-professions and their organization: teachers, nurses, social workers*. New York: The Free Press

Etzioni, A (1978). *Moderne organisasjoner*. Tanum-Norli A/S, Oslo

Elvekrok, Ingunn (2007): *Medvirkning – mer enn medvirkning*. Doktorgradsavhandling, Institutt for strategi og leiing. Bergen: NHH.

Erichsen, Vibeke (1996): *“Profesjonsmakt – På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon”*. Oslo: Tano Aschehoug

Fagermoen, May Solveig (1993): *Sykepleie i teori og praksis- et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo. Universitetsforlaget

Figenschou, C. H. m.fl. (1998) *Lærende organisasjoner*. Upublisert innlegg. 25.mai 1998, NHH. <http://figen.com/> 30.12.07

Forrester, Jay W. (1968): *Principles of systems* . System dynamics series: Pegasus Communications. Waltham, Ma.

French, W.L., C.H. Bell og R.A. Zwaki (1994): *Organization Development and Transformation*. Irwin. Boston

French, W.L. og C.H. Bell (1999): *Organization Development. Behavioral Science Interventions for Organization Improvement*. Prentice Hall. Upper Saddle River. N.J.

Fritz, R. (1999) *The Path of Least Resistance. Designing Organizations to Succeed*. Berret-Koeler Publishers Inc. SF. Cal.

Fuglestad, O.L og Lillejord, S (1997): *Pedagogisk ledelse*. Oslo, Fagbokforlaget.

Fyrand,L: (2005). *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. Universitetsforlaget AS, Oslo

Førland, Oddvar (2005): *Fra student til sykepleier*. Dokumentasjonsrapport fra fase 1 og 2 av prosjektet "Sykepleieres yrkesløp og yrkesverdier". FOU-rapport Diakonissehjermets høgskole 1/2005

Garvin, David A.(1993): Building a Learning Organization. *Harvard Business Review*, Volume 71, Issue 4, pp 78-91

Gilje; N og Grimen, H (1993): *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo. Universitetsforlaget.

Glosvik, Øyvind (2002): Om læring på ulike nivå i organisasjonar. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* (Vol 18 117-114) Universitetsforlaget, Oslo (24 s.)

Glosvik, Øyvind (2007) Introduksjon til Nonaka (m.fl) *Upublisert forelesingsnotat*. Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Glosvik, Øyvind (2007): *Upublisert forelesningsnotat* frå forelesingar våren og hausten 2007, masterstudiet i organisasjon og leiing, Høgskulen i Sogn og Fjordane

Grendahl, Kari Kjos (2007) *Samhandling og pasientforløp i helsevesenet. Presentasjon av en Phd stipendiatsøknad*. Upublisert. Høgskulen i Sogn og Fjordane

Grimen, H. (1991): *Taus kunnskap og organisasjonsstudier*. Lossenter notat 91/28. Bergen : LOS-senteret

Grimsmo, A og Sørensen, BA (2004): *Nullpunkt-undersøkelsen i sykehus. God vakt. Arbeidsmiljø i sykehus*. Arbeidsforskningsinstituttet . Notat 8/04

Gronn, Peter (2003) *The new work of educational leaders : changing leadership practice in an era of school reform*. London : Paul Chapman Publ.

- Grønmo, Sigmund (2004): *Samfunnsvitenskaplig metode*. Fagbokforlaget. Bergen
- Gutierrez,R: (2003). *Sosial equity and the finding of community policing*. LFB Scholarly Pub.LLC, New York
- Habermas, J: (1999). *Kommunikativ handling, moral og rett*. Tano Aschehaug
- Hacking, Ian (1999): *The social construction of what?* Cambridge, Mass. : Harvard University Press
- Hatch,M :(2001). Organisasjonsteori. *Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo Abstrakt forlag as
- Halvorsen, Knut (2005): *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. 3. utgave. Oslo. Universitetsforlaget.
- Hamran, Torunn (1992): *Pleiekulturen*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Hamran, Torunn (1995): *Et kvinnefag i modernisering. Sykepleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo. Ad Notam Gyldendal.
- Havn, V. (1996): Avdelingssykepleiers arbeidsområde og funksjon. *SINTEF IFIM Rapport*, Trondheim: SINTEF Teknologiledelse
- Hellesnes, (1975): *Sosialisering og teknokrati: ein sosialfilosofisk studie med særleg vekt på pedagogikkens problem*. Oslo: Gyldendal.
- Henderson, V (1998): *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Hennestad, Bjørn W., Revang, Øivind og Strønen, Fred H. (2006): *Endringsledelse og ledelsesendring : endringslæring for praktisk orienterte teoretikere og reflekterte praktikere* Oslo : Universitetsforl
- Holter, I.M (1995): *Ledelse og ledere i sykehus*. Oslo. Tano
- Holter, Inger M. (2005): *Kunnskapsledelse, en utfordring i dagens helsetjeneste?* Sykepleielederen nr. 1, 2005. Oslo: Norsk sykepleieforbund.
- Hovlid, E. (2006) Turnustenesta i endring. I Flæte, O. & Øgar P. (Red.) *Helse- og sosialmeldinga 2006*. Leikanger, Fylkesmannen og helsetilsynet i Sogn og Fjordane.
- Huber, G.P. (1991): Organizational Learning: The Contributing Processes and the Litteratures, *Organization Science*, (2), No.1, 88-115.
- Hustad, Wiggo (1998): *Lærande organisasjonar: Organisering for kunnskapsutvikling*, Oslo: Samlaget
- Illeris, Knud (2000): *Læring: aktuel læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*. Roskilde Universitetsforlag. Fredriksberg. Gyldendal akademiske

Intorg (2004): *De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003*. Lars Erik Kjekshus. SINTEF Helse, Økonomi, kvalitet og tilgjengelighet.

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2002): *Hvordan organisasjoner fungerer – Innføring i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget, Bergen

Johannesen, J og Olaisen, J (1995): *Prosjekt*. Oslo, Fagbokforlaget.

Jakobsen, R (2005): *Klar for fremtiden?* Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jespersen, Kragh Peter (2005): *Mellom profession og management*. København: Handelshøjskolens forlag

Johannessen Folgerø, Birte (2005): *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*. Paper, ved The 18th Scandinavian Academy of Management at Aarhus School of Business in Denmark.

Joyner, E. (2000). No More "Drive-By Staff Development". I Senge (et al) *Schools that learn*. Nicholas Brealey Publishing. London

Johansen, Skjøld Monica (2005): *"Det er ikke et pleiehjem vi driver her...."* En studie av profesjonskonflikter i sjukehus etter innføring av enhetlig ledelse. Paper, ved The 18th Scandinavian Academy of Management at Aarhus School of Business in Denmark.

Kaufmann, G og Kaufmann A: (1996). *Psykologi i organisasjon og leiing*. Fagbokforlaget, Bergen

Klausen, K.K(2001): *New public Management. En fortolkningsramme for reformer*. I Busch, T ,Johnsen, E,Klausen, K.K og Vanebo, J.O.(red):*Modernisering av offentlig sektor*.Oslo: Universitetsforlaget

Klefbeck, J. og Ogden, T: (2003). *Nettverk og økologi. Problemløysande arbeid med barn og unge* Universitetsforlaget A/S, Oslo

Kneer, G og Nassehi, A: (1997). *Niklas Luhmann. Introduksjon til teorien om sociale systemer*. Hans Reitzels Forlag a/s, København

Kolb, D.A. (1984): *Experiential learning : experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.

Kollbotn, Olina (2007): *Om profesjonar si kunnskapsopparbeiding/læring*. Upublisert foredrag på profesjonsdag, Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Krogh, Kari (2006): *Kommunale pleie- og omsorgstenester- budde på framtida?: ein studie av sjukepleiarkompetanse, leiing og kvalitet*. Masteroppgåve, Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Krogh, G. v., Ichijo, K., og Nonaka, I. (2000): *Slik skapes kunnskap. Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjoner*. Oslo: NKS Forlaget

Krogstad, Unni (2006): *System-continuity in hospitals : a cultural matter*. Unipubavhandlingar no. 373. Oslo] : Faculty of Medicine, University of Oslo Unipub

Krøll, Vibeke & Hansen, Hanne (2000): Den nyuddannede sygeplejerskes kompetence nu og om fem år – set fra et empirisk og fagprofessionelt perspektiv. I *Vård i Norden*, No.4.

Kvangarsnes, Marit (2005): *Sjuepleiarutdanning i endring. Nasjonalt rammeplanarbeid 1992-2004 med fokus på styring, profesjoner, diskursar og tekst*. Doktorgradsavhandling ved NTNU, Pedagogisk institutt 2005:76. Trondheim

Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Ad notam Gyldendal.

Kvåle. G. (2001): *Organisering av identitet : ein studie av organisatorisk identitetsdanning i trygdeetaten*. HBO-rapport / Høgskolen i Bodø. 3/2001. Bodø : Høgskolen i Bodø.

Lai, Linda (2004): *Strategisk kompetansestyring*. Oslo: Fagbokforlaget

Larsen, R. A. (2004): *Rapport frå spørjeundersøking blant kommunelegar i Sogn og Fjordane*. Rapport Førde/Sogndal: Høgskulen i Sogn og Fjordane

Larsen, E. og Bunkoldt,V: (1995). *Metodisk barnevernsarbeid: Fokus på forståelse, sammenheng og tiltak*, Tano, Oslo

Lave J. & Wenger, E. (1991) *Situated learning: legitimate peripheral participation*, Cambridge, Cambridge University Press.

Lave, J. og Wenger, E. (2003): *Situert læring – og andre tekster*. København: Hans Reitzels forlag A/S

Leavitt, H: (1964) Applied organizational change in industry: Structural, Technological and humanistic Approaches. I Cooper, William W., Leavitt, Harold J. og Shelly, Maynard W. (1964): *New perspectives in organization research*. New York : John Wiley

Levin, M. og Klev, R. (2002): *Forandring som praksis – Læring og utvikling i organisasjoner* Fagbokforlaget, Bergen

Lian, Olaug, S (2003): *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand : Høyskoleforlaget.

Lindblom, Charles, E. (1959): The Science of "Muddling Through". *Public Administrative Review* 19(2):79-88

Luft, J. and Ingham, H. (1955) "The Johari window, a graphic model of interpersonal awareness", *Proceedings of the western training laboratory in group development*. Los Angeles: UCLA

Maaløe, E. (1996): *Case-studier af og om mennesker i organisationer : forberedelse, feltarbejde, generering, tolkning og sammendrag af data for eksplorativ integration, test og udvikling af teori*. København : Akademisk forlag

- March, James. G. og Olsen Johan.P (1976): Organizational Choice under Ambiguity. I March, James. G. og Olsen Johan.P (red) (1976): *Ambiguity and Choice in Organizations*, Universitetsforlaget, Oslo
- Matre, S. og Hoel, L. T. (2007): *Skrive for nåtid og framtid*. Del I Skrivning i arbeidsliv og skole. Tapir Akademiske, Trondheim
- May, Rollo (1994): *The Courage to Create*. W.W. Norton. New York
- McInnis, D (2006): «What a system?» I *Dartmouth Medicin*. Vol 30, no 4- Summer 2006
- Mead. Georg H.(1934) *Mind, Self and Society*, Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Melander, Preben (1999): Økonomistyring og organisatorisk skizofreni – om fattige sprog, løse koblinger og onde sirkler. I Bentsen, Eva Zeuthen m.fl. (1999): *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøiskolen Forlag.
- Melby, Kari (1990): *Kall og kamp*. Oslo Cappelen forlag
- Mintzberg, Henry (1979): *The Structuring of Organizations*. Prentice-Hall, INC
- Mintzberg, Henry (1993): *Structure in Five: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Molander, Bengt (1996) *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos AB
- Møller, J. (2007): Skolelederens betydning for elevenes læringsresultater. I: Møller, J. og L. Sundli (red.): *Læringsplakaten: skolens samfunnskontrakt*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Moy, R. (2006) Kvaliteten på tjenestene er for ujevn. Artikkel i *Informasjonsorgan for Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*, 1 s.2. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet: http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/ogbedreskaldetbli_0106_digital.pdf (120208)
- Nadler, D. A., & Tushman, M. L. (1990), Beyond that charismatic leader: Leadership and organizational change. *California Management Review*, 77-97.
- Naustdal, A.G. (2006) *Sjuepleieleiaren sitt arbeid med kompetanseutvikling i sjukehus: sett i lys av erfaringar med innføring av sjukehusreforma*. Masteroppgåve. Sogndal, Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for økonomi og språk.
- Nerheim Torvestad, Siri (2005): *Hvem skal lede? Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfringer ved innførng av enhetlig ledelse i helseforetak*. Hovudfagsoppgave. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen.
- Nonaka, Ikujiro (1994): A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organizational Science*, Vol. 5, No. 1, February 1994

- Nonaka, I. og Takeuchi, H. (1995): *The Knowledge-Creating Company*. Oxford University Press, Oxford
- Nonaka, I, Ryoko Tayama og Philippe Boisière (2000): *A Theory of Organizational Knowledge Creation: Understanding the Dynamic Process of Creating Knowledge*. I *Handbook of Organizational Learning & Knowledge*. Dierkes (et al): Oxford University Press, Oxford
- Nordhaug, Odd (1998): *Kompetansestyling i arbeidslivet*. Utvalgte emner. Oslo. Tano Aschehoug.
- Nordhaug, Odd (1998): *Strategisk personalledelse*. Oslo, Universitetsforlaget
- Northouse, Peter Guy (1997): *Leadership : theory and practice*. London : Sage
- Nortvedt, Per og Harald Grimen (2004): *Sensibilitet og refleksjon – Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo. Gyldendal Akademiske
- Nordtvedt M.W, Hanssen T.A (2001): Evidensbasert sykepleie – fordeler og begrensninger. I *Sykepleien* nr. 18, 42 og 45
- Nordtvedt MW, Hanssen TA, Lygren H (2004): Metodisk mangfold. I *Sykepleien* nr.15
- Normann, Lisbeth M (2001): *Enhetlig todelt ledelse kraftpotensiale eller konflikt?* Hovudoppgave. Institutt for sykepleievitenskap, Universitet i Oslo.
- Nygren, Per (2004): *Handlingskompetanse. –Om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Nyhlen B.(1994) :*Omstillingsarbeid i kommunale organisasjoner*.NF-rapport;nr10/94. Bodø:Nordlandsforskning
- Næss, Sturle (2003): *I tøffeste laget?* Dokumentasjonsrapport om arbeidssituasjonen til ansatte i pleie og omsorgstjenesten. Universitetsforskning i Bergen: Rokkansenteret.
- Opedal, Ståle og Stigen, Inger-Marie (red) (2005): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget
- Orvik, Arne (2004): *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Forlag a.s.
- Opstad, Leiv (2003): *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren*. - 2. utg. Oslo : Gyldendal Akademisk
- Perrow, C. (1970): *Organizational Analysis. A Sociological view*. Wadsworth. Belmont, Calif.
- Perrow, C. (1984): *Normal Accidents. living with high-risk technologies*. Basic Books, NY.
- Power, M. (1997): *The audit society : rituals of verification* Oxford: Oxford University Press

- Probst, G.J.B. & Büchel, B.S.T.(1997): *Organizational learning - The competitive advantage of the future*. London: Prentice Hall.
- Polanyi, M. (1967): *The tacit dimension*. Garden City, N. Y. : Doubleday.
- Quinn, R. E. (1988): *Beoynd Rational Management: Mastering the the paradoxes aand competing demands og high performance*. Jossey-Bass SF Cal.
- Qvortrup, Lars (2000): *Det hyperkomplekse samfund : 14 fortællinger om informationsamfundet*. Gyldendal, København
- Repstad,P: (1997). *Sosiologiske perspektiv på helse- og sosialarbeid*. Oslo Tano Aschehaug
- Roberts, C (1994): What You Can Expect..in Working with Mental Models. I Senge, P.M.(et al.) (1994): *The Fifth discipline fieldbook : strategies and tools for building a learning organization*. London : Nicholas Brealey.
- Robberstad, H: (2002) *Kommunepsykiatri. Pioner, vekst og utvikling*. Fagbokforlaget, Bergen
- Rogoff. B., Matusov, B., & White, S. (1996). Models of Teaching and Learning: Participation in a Community of Learners. I D. Olson & N. Torrance (eds.), *The Handbook of Cognition and Human Development* (s. 388-414). Oxford, UK: Blackwell.
- Roth, G. og Kleiner, A. (1995): *Learning about Learning – Creating a Learning History*. Cambridge, MA: *MIT Center for Organizational Learning Working Papers*.
- Røyrvik, E. (2002): *Læringshistorier*. I Levin, K. og Klev, R. *Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K.A (1999): *Moderne organisasjoner.Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Sackett, David L. (et al) (1997): *Evidence-based medicine : how to practice & teach EBM*. New York : Churchill Livingstone
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. (1996): Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
- Säljö, R. (2002): *Læring, kunnskap og sosiokulturell utvikling: Mennesket og dets redskaper*. I: Bråthen, I. (red.): *Læring i sosialt, kognitivt og sosialt-kognitivt perspektiv*. Oslo: cappelen Akademisk Forlag.
- Schei, Aud (2003): *Avdelingssykepleiers lederskap sett i lys av sykepleietenestens utfordringer knyttet til kvalitet, effektivitet og økte omsorgsoppgaver*. Hovedoppgave ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.
- Schein, Edgar H (1987): *Organisasjonskultur og ledelse. Er kulturendring mulig?* Oslo. Mercuri Media Forlag.
- Schein, E.H.(1998): *Organisasjonskultur og ledelse*.Oslo:Mercuria Media forlag

Schön, Donald (1983/1966): *The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action*. Hampshire, Ashgate Publishing Limited.

Sen, Grete (2000): *Fra kunnskap til kunnskap. Klassisk organisasjonsteori og kunnskapsintensive virksomheter*. KUNNE nedtegnelse N07/00, SINTEF Teknologiledelse, 2000. http://www.kunne.no/upload/Gamle%20publikasjoner/Nedtegnelser/Fra%20kunnskap%20til%20kunnskap_H%C3%A5konsen_N0700.pdf

Senge, P.M. (1990): *The fifth discipline : the art and practice of the learning organization*. New York : Doubleday.

Senge, Peter M. (1991): *Den femte disiplin: kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Oslo. Hjemmets bokforlag

Senge, P.M. (2006): *The fifth discipline : the art and practice of the learning organization*. New York : Currency Doubleday.

Senge, P.M.(et al.) (1994): *The Fifth discipline fieldbook : strategies and tools for building a learning organization*. London : Nicholas Brealey.

Senge, P.M.(et al.) (1999) : *The Dance of change : the challenges of sustaining momentum in learning organizations*. New York : Currency Doubleday.

Senge, P.M. (et al.) (2000): *Schools that learn*. London : Nicholas Brealey.

Senge, P.M. (et al.) (2005): *Presence : exploring profound change in people, organizations, and society*. London : Nicholas Brealey.

Shorten A & Wallace M.(1996): Evidence-based practise: The future is clear. *Australian Nursing Journal*, Vol.4, No 6;1996:22-26

Skau, Greta Marie (2005): *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelens Akademiske Forlag

Skjørshammer,M: (2004): *Betre planlegging i helsesektoren i et systemisk perspektiv* Kristiansand. Høyskoleforlaget AS

Sennet, R.(2001): *Det fleksible mennesket:personlige konsekvenser av å arbeide i den nye kapitalismen*. Bergen: Fagbokforlaget

Simon, Herbert (1976): *Administrative Behaviour. A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations*. (3.utg.) The Free Press, N.Y.

Sommervold, Wenche (1997): Ledelse i sykepleien – en strategi for profesjonalisering. I Byrkjeflot, Haldor (red). *Fra styring til ledelse* (s.243-266) Bergen:Fagbokforlaget

Spurkeland, J: (1998). *Relasjonsledelse*. Oslo Tano Aschehaug

Strand, Torodd (2001/2007): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen. Fagbokforlaget.

Stacey, Ralph og Douglas Griffin (2006). *Complexity and the Experience of Managing in Public Sector Organizations*. London: Routledge.

Sveiby, Karl Erik & Anders Risling (1987): *Kunnskapsbedriften – århundrets største lederutfordring?* Oslo: Cappelen

Sveri, Torgeir (2004): *Strukturer og reformer - En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. Hovudoppgave, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.

Sveden,L: (1988). *Nettverksterapi. Teori og praktikk*. Carlson bokforlag, Malmö
Sæther, Margrethe (1999): *Ulike ledelsesstrukturer gir ulike muligheter. Sykepleien* nr.15

Thompson, James. D. (1971): *Hur organisationar fungerer*. Sigma, Stocholm

Torgersen, Ulf (1972): *Profesjonsosiologi*. Oslo. Universitetsforlaget.

Torjesen, Dag Olaf (2005): *Er sykehus suverene individ eller flerhodede troll? Statleg eierskap og foretaksmodell og nye rammebetingelser for ledelse i norske sykehus*. Paper: ved The 18th Scandinavian Academy of Management at Aarhus School of Business in Denmark

Thuen, H. og Vaage, S. (red.) (1989): *Oppdragelse til det moderne*. Universitetsforlaget. Oslo

Yukl, Gary A. (2002): *Leadership in organizations*.002): Upper Saddle River, N.J. : Prentice Hall

Vareide, Per kristian, Christina Hofseth, Reidun Norvoll & Kjerstina Røhme. (2001): *Stykkevis og helt – sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Oslo: SINTEF Unimed helsetjenesteforskning.

Vareide, Per Kristian (2004): *Lederrollen i helsetjenesten under endring: Hva skjer med helsetjenesten?* Foredrag på det nasjonale leiingsutviklingsprogrammet for helseføretaka 02.06.04. <http://www.helseuniversitetet.no/6presentasjoner1.htm> henta 12.01.05

Vareide, Per Kristian (2002): *Statleg overtaking av sykehusene: Nytt innhold eller ny innpakking?* Notat 09.04.02. <http://www.rokkansenteret.uib.no/vr/rokkan/ATM/Paper/Vareidesykehusreformen.pdf> henta 10.12.04

Vatne, S: (1998). *Pasienten først ? : Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Fagbokforlaget, Bergen

Vike H, Bakken R, Brinchmann A, Haukelien H, Kroken R (2002): *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademiske

Vrenne, Å (2000): *Avdelingssykepleiers ansvar og arbeid med kompetanseutvikling i et somatisk sykehus*. Hovudoppgave, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo

Wadel, Cato (2002): *Læring i lærende organisasjoner*. SEEK a/s. Flekkefjord

Wenger, E. (1998): *Communities of Practice. Learning, meaning, and identity*. Cambridge University Press. Cam.

Wenger, Etienne (2004): *Praksisfællesskaber*, Hans Reitzels Forlag, København

Weick, Karl E. (1969): *The social psychology of organizing*. Reading, Mass. : Addison-Wesley

Weick, Karl and Westley F. (1996): Organizational Learning: Affirming an Oxymoron. I Clegg, S.R, Hardy, C. og Nord, W.R.(eds): *Handbook of Organization Studies*. Sage Publications, London

Yin, R (1994): *Case study research : design and methods*. Thousand Oaks, Calif. : Sage.

Ørstadvik,S: (1996:8). *Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang*. Notat Institutt for sosialforskning, Oslo

Aase, E.L (1999): *Fag og ledelse*. Hovedoppgave, Insitutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo

Aasberg, M. (2006) Forbedring krever vilje til endring. Artikkel i *Informasjonsorgan for Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*, 1 s.6. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet: http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/ogbedreskaldetbli_0106_digital.pdf (120208)

Andre tilvisingar

Arbeidsmiljøloven: sist endra 2007

Børshheim, R. (2007) Personlig kommunikasjon til Rolf Horne, desember 2007/januar 2008.

Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning, 01.02.2005
<http://www.lovdatabasen.no/cgi-wifit/ldles?doc=/sf/sf/sf-20051201-1380.html>

Helsedialog (2005): *Program for samhandling i helsetjenesten*. www.helsedialog.no

Helsedepartementet: Helseministeren sitt foredrag 27.03.03: *Helse-Norge – Status og veien vidare* <http://www.dep.no/odinarkiv/norsk/dep/hd/p30001355/taler/042071-9901887dok-bn.html>. henta 18.01.05

Helsedepartementet (2003): Notat - *"Lederroller og ledelsesutfordringer i helseforetaksmodellen"* 29.06.03

Helsedepartementet (2002): *Ledelse i sykehus*. Rundskriv I-9/2002. Oslo

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET (2001) Forskrift om praktisk tjeneste

(turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege.

Høgskulen i Sogn og fjordane (2007):

<http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/3727>

Lov om helseforetak m.m.: (2001, sist endra 2004)

Lov om helsepersonell m.v : (1999, sist endra 2003)

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m: (1999, sist endra 2003)

Lov om universiteter og høyskoler (1995, sist endra 2005)

Medisinalmelding (2002)

NOU 1997:25: *Ny Kompetanse. Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk.*

NOU 1997:2 *Pasienten først! ledelse og organisering i sykehus :* utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 29. april 1996 :avgitt til Sosial- og helsedepartementet 21. januar 1997, Oslo, Statens forvaltningstjeneste

NOU 2004:18: *Helhet og plan i sosial og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester.* Oslo. Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.

NOU 2005:3: *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.*Oslo.Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning

Norsk Sykepleierforbund, (2001): *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*

<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Konvertert%20innhold/Konvertert%20innhold/Yrkesetikk/Etiske%20retningslinjer/Dokumenter/Yrkesetiske%20retningslinjer%202001.pdf>

Norsk Sykepleierforbund (1994): *Funksjonsbeskrivelser for sykepleietenesten*, Fagserie 1/94. Oslo:NSF.

Ot.prp.nr 66 (2000-2001) 2001: *Om lov om helseforetak m.m.* Oslo: Det Kongelige Sosial og helsedepartementet. <http://www.lovdata.no/all/nl-20010615-093.html>

Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning. Godkjent av kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 2004.

Rammeplan for sykepleierutdanning. 01.12.2005

http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_for_sykepleierutdanning_05.pdf

Sosial og helsedirektoratet (2005):.....og bedre skal det bli! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetenesten.* 15-1162. Veileder

Sosial- og helsedepartementet, (2001): *Sykehusreformen – noen eierperspektiv*: Rapport 14.09.2001. (<http://www.odin.dep.no/hod/norsk/helse/sykehus/organisering/042031-990048/dok-bn.html>)

Stortingsmelding 39 (1999): *Forskning ved et tidsskifte*.

St. meld.nr 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Tidsskriftet Arbeidsmiljø, (utg.3 2005) Tema: Nytt om forskning (Saksvik og Tvedt)

Sykepleien (nr 2/2002)

Sosial- og helse Direktoratet: (2005). *Veileder for individuell plan*

SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATET (2005) -og bedre skal det bli!: *nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten : til deg som leder og utøver*, Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.

SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN(1999) (2006) Oslo, MEDLEX norsk helseinformasjon.