

Marianne Skistad

Lærende sykehusavdelinger?

- Hva gjør avdelingsledere for å skape et miljø for læring i sykehusavdelingen?

November 2006

Sammendrag og abstract

Lærende sykehusavdelinger?

” Hva gjør avdelingsledere for å skape et miljø for læring i sykehusavdelingen?”

Studien har som formål å kartlegge hvordan sykepleieledere jobber for å fremme kunnskap og læring i sykehusavdelingen. Fokus har vært på hva sykepleieledere tenker om kartlegging og bruk av kompetanse, hva slags aktiviteter de ser på som viktige samt hvordan rammer i sykehuset påvirker arbeidet med å skape et miljø for læring. Jeg har benyttet en kvalitativ metode med uformelle intervju av 9 utvalgte sykepleieledere. Datamaterialet er analysert etter Kvale(2005) sin analysemodell i seks trinn. Funnene tyder på at sykepleielederne vektlegger arbeidet med læring på ulike måter. Til tross for at alle sykepleielederne jobbet innenfor samme helseforetak var tiltakene som ble iverksatt svært forskjellige. Mangel på likhet i arbeidet ser til å kunne grunngis med at sykepleielederne i liten eller ingen grad får instruksjoner eller mål for dette arbeidet fra sin overordnede ledelse. Sykepleielederens egen kompetanse og holdning til kunnskap og læring ble dermed avgjørende for hvilke tiltak som ble iverksatt i den enkelte sykehusavdeling.

Summary and abstract

Learning hospital departments?

”In which ways do the head nurses work in order to create an environment for learning in the hospital departments?”

The intention of the study is to examine how various head nurses work in order to promote knowledge and learning in the hospital department. The focal point has been how head nurses think about explore and exerting competence, what kind of activities do they regard as important as well as how frames of the hospitals influence the work of creating an environment for learning. I have chosen a qualitative method with informal interviews of nine selected head nurses. The material has been analyzed according to Kvale's(2005) six levels model of analysis. The findings suggest that nursing leaders emphasize the work of learning in various ways. Actions that were implemented were very different despite the fact that all the leaders worked within the same health enterprise. The lack of resemblance in the work may come as a result of defective instructions and goals to the leaders, which their superiors have failed to give them. It may therefore appear as if the ward nurse own competence and interest towards further education and growth are crucial when it comes to implementing it in each specific hospital department.

Førord

”Det heiter ikkje eg no lenger, heretter heiter det vi.”

Haldis Moren Vesaas

Denne oppgaven avslutter masterstudiet i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Jeg vil benytte anledningen til å takke alle sykepleielederne som er blitt intervjuet. De var alle positive og bidro med informasjon og sine erfaringer om kunnskap og læring i sykehusavdelingen.

Videre vil jeg takke veilederen min, Øyvind Glosvik på Høgskulen i Sogn og Fjordane, for faglig støtte og gode råd underveis.

Gjøvik, 29. November 2006

Marianne Skistad

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning.....	6
1.1 Problemstilling og avgrensning.....	7
1.2 Forskingsstrategi og framgangsmåte.....	8
1.3 Oppgavens oppbygning.....	9
2.0 Fra kunnskap til lærende organisasjoner.....	10
2.1 Kunnskap.....	10
2.2 Kompetanse.....	12
2.3 Utvikling av faglig kompetanse.....	13
2.4 Læring.....	14
2.5 Sykehuset som organisasjon.....	18
Sykehusreformen.....	21
Kompetanseberetningen.....	22
Struktur.....	23
Kultur.....	25
2.6 Lærende organisasjoner.....	27
2.7 Peter Senge.....	29
Disiplin 1 personlig mestring.....	30
Disiplin 2 mentale modeller.....	32
Disiplin 3 felles visjon.....	34
Disiplin 4 gruppelæring.....	36
Den femte disiplin.....	37
2.8 Kritikk av Senge sin teori.....	39
2.9 Oppsummering.....	40
3.0 Metodisk tilnærming.....	42
3.1 Kvalitativ metode – kvantitativ metode.....	42
3.2 Intervju.....	43
3.3 Utvalg.....	44
3.4 Generalisering.....	46
3.5 Praktisk gjennomføring.....	46
3.6 Reliabilitet og validitet.....	49
3.7 Etske overveielser.....	53
3.8 Oppsummering.....	54

4.0 Presentasjon av data	55
4.1 Demografi.....	55
4.2 Kartlegging og mål.....	56
4.3 Refleksjon og deling av kunnskap	62
4.4 Rammer i organisasjonen som påvirker kompetansearbeidet	68
4.5 Oppsummering	73
5.0 Hva gjør avdelingsledere for å skape et miljø for læring i sykehusavdelingen?.....	76
5.1 Personlig mestring.....	76
5.2 Mentale modeller.....	82
5.3 Felles visjon.....	85
5.4 Gruppelæring.....	89
5.5 Den femte disiplin	93
6.0 Lærende sykehusavdelinger?	99
6.1 Funn i oppgaven	99
6.2 Teoretiske funn.....	100
6.3 Forslag til videre studier.....	106
6.4 Avslutning - Utdfordringer i årene fremover	107
7.0 Litteraturliste	108
8.0 Vedlegg	115

1.0 Innledning

Vi sier at vi lever i et kunnskapssamfunn. I dette legger vi at kunnskapen stadig mer blir den bærende innsatsfaktoren i ulike bransjer og yrker. I samsvar med den generelle samfunnsutviklingen har også sykehusene utviklet seg til komplekse kunnskapsbedrifter der det skjer en rask kunnskapsmessig og teknologisk utvikling. At sykehusene er kunnskapsorganisasjoner innebærer blant annet at det er de ansatte som utgjør organisasjonens samlede kompetanse, og som dermed vil være avgjørende for kvaliteten av organisasjonens arbeid (Bastøe og Dahl, 1995:101). Dette innebærer at den viktigste ressursen i helsevesenet til enhver tid vil være menneskene som jobber der med sine spesielle fagkunnskaper.

Endringer i arbeids- og samfunnslivet stiller økte krav til utvikling og oppdatering av faglige kvalifikasjoner. Dette innebærer at oppdatering og fornying av fag og yrkeskompetanse er nødvendig for å kunne nytte ny teknologi og være konkurransedyktig internasjonalt (NOU, 1997:25). Tidligere var det en alminnelig oppfatning at når man skaffet seg en utdanning ville denne kunne brukes resten av yrkeskarrieren. Dette stemmer ikke lenger. Behovet for etterutdanning og oppdatering av kunnskaper vil være tilstede hos alle uansett hvilken utdanning eller yrke man arbeider innenfor.

Innen de medisinske fagene skjer det hele tiden en rask utvikling av kunnskap. Det går dessuten meget kort tid fra ny kunnskap er utviklet til den forventes anvendt i sykehusene. Dette skaper store utfordringer for helsearbeidere i forhold til å holde seg faglig oppdatert. Helsepersonell jobber i et arbeidsfelt som øker i kompleksitet. Ifølge Kyrkjebø(2000) kreves det en ny type kompetanse for bedre å forstå det arbeidet som skal gjøre, og for å kunne gjøre forbedringer som bidrar til at de lykkes med dette. Begrepet forbedringskunnskap utgjør her en viktig del av helse- og sosialtjenestene ved å rette fokus på hvordan forbedringer kan skje.

I de siste årene har vi også sett at omgivelsene stiller stadig større krav til kvalitet i helsevesenet. For å kunne imøtekomme disse kravene vil det være en forutsetning at de menneskelige ressursene får mulighet til å utvikle seg. Et sentralt element for kvalitetsutviklingen i helsevesenet vil ifølge Øgar(2004) være å stimulere og legge til rette for kompetansesikring, stadig læring og kompetanseheving. En av de store utfordringene i dagens

helsevesen vil da være å rekruttere nok kvalifisert arbeidskraft og drive kontinuerlig kompetanseutvikling av arbeidstokken.

Ansvar for faglig oppdatering vil ligge både på den enkelte helsearbeider og på arbeidsgiveren. I Lov om helsepersonell § 4 står det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet som til enhver tid er gjeldende. Den enkelte arbeidstaker har med andre ord ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Behovet for kunnskapsutvikling tas også opp i Lov om arbeidsmiljø, i § 4-2 heter det blant annet at det skal legges til rette for at arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Hvilken rolle sykepleiere har i arbeidet med kunnskapsutvikling i sykehusene kan i denne sammenhengen derimot synes noe uklart. Fokuset i denne studien vil derfor være rettet mot hva sykepleierne gjør i forhold til læring i sykehusavdelingene de har ansvaret for.

1.1 Problemstilling og avgrensning

Kunnskapsutvikling og læring er brede temaer, og det kan iverksettes tiltak på mange områder. Det som skjer i en avdeling vil ikke bare bli påvirket av ledelsen, men også av sykehusorganisasjonen som helhet og omvendt. Eksempelvis trenger ikke nødvendigvis kompetansearbeidet i en sykehusavdeling å styres gjennom lederen. Krav, pålegg og forventninger fra sykehusets omgivelser og internt i sykehuset har sannsynligvis stor betydning for det som skjer. Til sammen vil slike faktorer være med å påvirke det handlingsrommet en leder har og ikke minst effekten av ulike tiltak hun eller han iverksetter. I denne studien ønsket jeg å ha fokus på sykepleierne og hva de gjør i forhold til kompetansearbeid.

Jeg valgte derfor å ha følgende overordnede problemstilling i oppgaven:

- Hva gjør avdelingsledere for å skape et miljø for læring i sykehusavdelingen?

Dette ville jeg studere ved å lete etter svar på tre delspørsmål:

1. Hvordan tenker sykepleielederne i forhold til arbeidet med å kartlegge nåværende kompetanse i avdelingen og i hvilken grad knytter de sammen alle de ansattes mål om faglig utvikling til felles mål for avdelingen?
2. Hva slags aktiviteter som kan skape rom for refleksjon og læring beskriver sykepleielederne. Hvilke tiltak kan ledelsen ved en avdeling iverksette i forhold til at de ansatte skal kunne øke den faglige kunnskapen sin?
3. Hvordan opplever sykepleielederne at ulike rammer påvirker arbeidet med kompetanseutvikling, og hva er deres egne tanker og erfaringer i forhold til at kompetanse skal vedlikeholdes og utvikles?

I en organisasjon kan det finnes ulike barrierer for læring. For å redusere disse og skape et miljø der man fremmer læring vil det være viktig at ledelsen skaffer seg en oversikt over slike barrierer. Med begrepet "miljø for læring" mener jeg summen av alle de forhold i en organisasjon som virker inn på de ansattes muligheter til å tilegne seg og utveksle kunnskaper og ferdigheter som er av betydning for arbeidsutøvelsen. Sykepleieleder blir i denne oppgaven brukt om sykepleiere i mellomlederfunksjon med personalansvar for ansatte ved en eller flere sengeposter. Alle informantene i studien hadde stillingstittel som avdelingssykepleier. I oppgaven bruker jeg begrepet kunnskap om den innsikt og viten en eller flere ansatte har i en sykehusavdeling. Det å ha kompetanse innenfor et fag innebærer da å ha visse kvalifikasjoner som kreves for å utføre et arbeid. I studien brukes begrepet læring om prosessen der man utvikler kunnskaper og/eller ferdigheter.

Det vil være sykepleieleder som representerer arbeidsgiver i forhold til pleiepersonalet og den daglige driften i sykehusavdelingen. Dermed kan denne sykepleielederen være en viktig faktor i forhold til å skape et miljø for læring i sykehusavdelingen. Jeg har i oppgaven begrenset meg til å se på hva sykepleieledere gjør i forhold til kunnskapsutvikling i sykehusavdelingen.

1.2 Forskningsstrategi og framgangsmåte

For å belyse problemstillingen har jeg valgt å bruke en kvalitativ metode. Oppgavens problemstilling har fokus på hva avdelingslederne gjør, ikke nødvendigvis hvor ofte de utfører

ulike handlinger. Gjennom å velge en kvalitativ metode kunne jeg innhente mer detaljerte data om de ulike ledernes tanker og handlinger enn om jeg hadde valgt en kvantitativ tilnærming. Data i studien er samlet inn gjennom intervju med ni sykepleieledere. Disse jobbet alle innen det samme helseforetaket, men ved ulike sengeposter. Under intervjuene stilte jeg spørsmål i forhold til temaet læring og ledelse. Hensikten med spørsmålene var å få fram sykepleieledernes tanker om læring, hvordan de jobbet med kompetanseutvikling i sengepostene og hvilke utfordringer de så i forhold til dette arbeidet i sykehusavdelingen.

Alle informantene var ansatt i avdelingslederstillinger som innebar å ha ansvar for den daglige driften ved en sengepost eller avdeling. Informantene hadde også personalansvar for pleiepersonalet som jobbet ved sengeposten. I oppgaveteksten er derfor begrepet sykepleieleder brukt om alle informantene.

Dataene som er samlet inn er presentert i kapittel 4. Informantenes svar er videre strukturert i tre delkapitler som omhandler hver av de tre delspørsmålene jeg hadde under problemstillingen. Videre i oppgaven har jeg valgt å drøfte de innsamlede dataene i forhold til Senge sin teori om den lærende organisasjon. Dette innebærer at dataene blir drøftet i fem delkapitler tilsvarende Senge sine fem disipliner.

1.3 Oppgavens oppbygning

Jeg vil videre i kapittel 2 redegjøre for det teoretiske rammeverket for oppgaven. I dette kapitlet vil jeg også belyse sentrale begrep som kompetanse, læring og den lærende organisasjon. I Kapittel 3 presenteres metodiske valg, studiens utforming og gjennomføring. I kapittel 4 presenteres sykepleieledernes beskrivelser av hva de gjør for å fremme læring i avdelingene de har ansvaret for. I Kapittel 5 drøftes hovedtrekk fra informantens beskrivelser som er fremstilt i kapittel 4 med Senge sin teori om lærende organisasjoner. Oppgaven avsluttes med en konklusjon og forslag til videre forskning i kapittel 6.

2.0 Fra kunnskap til lærende organisasjoner

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for teoretiske begrep som kunnskap og læring. Jeg vil bruke Mintzbergs modell av det profesjonelle byråkrati for å forklare nærmere ulike sider ved sykehuset som organisasjon. De senere årene har sykehusene gjennomgått flere store endringer og man ser etter hvert at sykehusene også setter seg mål i fremtiden om å bli lærende organisasjoner. Jeg vil derfor redegjøre for begrepet lærende organisasjoner og avslutte kapittelet med en gjennomgang av Peter Senge sin teori.

2.1 Kunnskap

Hva legger vi egentlig i begrepet kunnskap? I pedagogisk ordbok står det at kunnskap er: ”Den mengde informasjon og viten en person, gruppe, institusjon eller kultur rår over.” (Bø og Helle, 2002:138). Kunnskap vil da være noe en eller flere mennesker har, men som ikke nødvendigvis er lik for alle. I det følgende vil jeg ha oppmerksomheten på hvordan man kan dele og utvikle kunnskapen i et fellesskap. Når jeg bruker begrepet kunnskap videre i oppgaven vil jeg derfor ha hovedfokus på kunnskap i en gruppe og i en institusjon, hvordan man kan dele kunnskap med hverandre.

Kunnskap er et tema som mennesker til alle tider har vært opptatt av. Platon skilte mellom to ulike kunnskapstyper, viten og mening. Forskjellen på viten og mening var ifølge Platon at viten bare kunne oppnås via tenkning. I dag skiller vi gjerne mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Samtidig refererer en del forfattere til en tredje type kunnskap som de kaller etisk eller kulturell kunnskap. Hustad(1997) viser til Choo(1997) som beskriver den kulturelle kunnskapen som bestående av de grunnleggende antagelsene, troen og normene som kommer til syne når organisasjonsmedlemmene legger ulik verdi til ny informasjon (Hustad, 1997:5). For helsearbeidere vil den kulturelle kunnskapen blant annet komme tydelig fram i arbeidet som er rettet mot andre mennesker. For eksempel vil en sykepleier vurdere de observasjonene hun gjør av en pasient i forhold til både den faglige og den kulturelle kunnskapen hun har.

I arbeidslivet må teoretisk, praktisk og kulturell kunnskap integreres i en arbeidstaker for å fungere i den praktiske yrkesutøvelsen. En sykepleier som skal ivareta en pasient med et sår vil ha behov for alle typene kunnskap. Sykepleieren har behov for teoretisk kunnskap om sårtilheling. Hun vil bruke den praktiske kunnskapen om hvordan man bør bytte bandasjer på

et sår når hun gjennomfører den praktiske prosedyren. Til sist vil den kulturelle kunnskapen hjelpe sykepleieren i å vurdere all den nye informasjonen om sårbehandling som kommer fra omgivelsene. Et kjennetegn ved en erfaren sykepleier vil nettopp være at alle kunnskapstypene er integrert, det vil si at de er blitt en del av sykepleierens tenkemåte. Dette innebærer at kunnskapen påvirker sykepleieren når hun tar ulike avgjørelser, uten at hun nødvendigvis er seg selv dette bevisst.

Grunnlaget for den teoretiske kunnskapen er det beviselige og dokumenterbare. Dette gjør at man blant annet finner teoretisk kunnskap nedfelt i ulike regler, rutiner og prosedyrer. Vi tilegner oss den lettest gjennom å lese litteratur, bruksanvisninger og lignende. Skillet mellom teoretisk og praktisk kunnskap er at den praktiske kunnskapen er vanskelig å fange inn med språk. Både praktisk og estetisk erfaring er ofte det "usigelig" som vi ikke kan gripe med ord (Polyani, 2000). Det usigbare som Polyani(2000) kaller taus kunnskap viser seg i praksis og lar seg vanskelig uttrykke i hverdagspråket. Taus kunnskap kan eventuelt være artikulerbar gjennom handling (Grimen, 1991:11). Et eksempel på dette kan være en sykepleier som vet hvordan man skal legge på en bandasje, men hun klarer ikke å sette ord på eller forklare hvordan man gjør det. Det vil derimot ikke være vanskelig for henne å vise hvordan man skal bytte bandasje.

I hverdagen forholder vi oss i stor grad til teoretisk kunnskap. Noe av årsaken til dette er at denne kunnskapen enkelt kan overføres mellom individer på en formell måte, eksempelvis gjennom skriftlige prosedyrer. Den praktiske kunnskapen er mindre håndfast for oss og dermed mindre tilgjengelig gjennom at den også gjerne er personlig. Dette dreier seg om kunnskap som vi har et så nært forhold til at vi knapt er oss bevisst at vi har den (Handal og Lauvås, 2002:90). Det er vanskelig for oss å formalisere praktisk kunnskap slik at den kan kommuniseres videre til andre fordi vi tar den for gitt og før man kan begynne å sette ord på den må man først bevisstgjøres på at man har den. Nonaka og Takeuchi beskriver muligheten for deling av taus kunnskap i arbeidslivet gjennom at to eller flere personer deler erfaringer med hverandre (Nonaka og Takeuchi, 1996:836). Dette kan skje når to ansatte jobber sammen og gjennom selve samhandlingen deler kunnskap med hverandre. Usikkerhetsmomentet vil være om det virkelig skjer en kunnskapsdeling. Muligheten for å dele kunnskap er tilstede, men det ikke dermed sagt at denne muligheten vil bli brukt.

2.2 Kompetanse

Begrepene kunnskap og kompetanse blir brukt om hverandre i dagligtale. Til tross for dette synes det å være enighet om at kompetanse er noe mer enn kunnskap. For å forklare begrepet kompetanse vil jeg referere til Haugen som bruker et sitat av Ludvig Holberg for å beskrive kompetanse. "En ting er et søk-art at forstå, noget annet et skib at føre." (Haugen, 2004:56). Dette innebærer at selv om en person har mye teoretisk kunnskap om et fag vil han ikke nødvendigvis være en flink fagmann. Vi kan lese så mye om et emne at vi etter hvert oppnår god teoretisk forståelse av faget, men vi kan ikke dermed si at vi har kompetanse til å utføre faget. Det å ha kompetanse innenfor et fag innebærer mer enn det å ha teoretiske kunnskaper innen yrket.

Profesjonaliseringen i sykehusene innebærer blant annet at ulike faggrupper har kunnskapsmonopol på egne særegne områder. For sykepleierne dreier dette seg om sykepleie og sykepleievitenskap til forskjell fra legenes diagnostiske og medisinske kunnskapsgrunnlag. Kompetanse innen sykepleien beskrives av Hietanen mfl.(1993) som bestående av tre dimensjoner; teoretisk/praktisk kompetanse, sosial kompetanse og etisk kompetanse. Samtidig som disse kunnskapsformene er ulike vil de overlappe hverandre. Den totale sykepleierkompetansen vil dermed utgjøre mer enn summen av disse tre dimensjonene fordi den enkelte dimensjonen aldri vil være enestående, men til enhver tid være integrert i de to andre. I den praktiske utøvelsen av sykepleie må sykepleieren ta i bruk hele sin kompetanse for å kunne håndtere ulike sammensatte og komplekse situasjoner og problemstillinger.

Gjennom sykepleierutdanningen vil studentene gjennomgå et felles innhold med teoretisk og praktisk kunnskap som formidles til alle sammen. Dette vil ikke være tilfelle med sosial og etisk kompetanse. Denne kunnskapen vil hver enkelt student bygge opp gjennom egne erfaringer, tilegnelse av lærestoff og i møte med ulike personer. Ifølge Fagermoen(1993) vil det en gjør og utprøver, skape ny kunnskap både teoretisk og praktisk. Gjennom refleksjon kan man sette de ulike erfaringene inn i en meningssammenheng, enten denne er teoretisk eller praktisk, for videre å utvikle en helhetlig kompetanse. For både for studenter og yrkesutøvere vil det dermed være viktig å reflektere over de erfaringene man gjør seg.

For å beskrive den nyutdannede sykepleiers funksjonsdyktighet bruker Rammeplan for sykepleierutdanningen begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap. Den nyutdannede sykepleier skal ha handlingskompetanse til å ivareta og utøve oppgaver som er

sentrale i yrkesfunksjonen. Kompetansen er hovedsakelig rettet mot pasienter og pårørende og mot ivaretagelse av grunnleggende funksjoner i sykepleie (Rammeplan for sykepleieutdanning, 2004:5). Med andre ord skal den nyutdannede sykepleieren fungere selvstendig innenfor visse grunnleggende områder. En nyutdannet sykepleier har da kunnskaper om feltet, men vil mangle nødvendig erfaring for å kunne handle selvstendig. Først etter at arbeidsgiveren har lagt til rette for opplæring kan man forvente at nyutdannede sykepleiere tar selvstendig ansvar for å ivareta områder som utdanningen bare gir handlingsberedskap til.

For en sykepleier vil det ikke være nok med teoretisk kunnskap hun vil også være avhengig av praktisk- eller erfaringskunnskap for å kunne mestre de ulike situasjonene hun møter i praksis. Dette fører til at de aktivitetene som etter hvert skal mestres, først må læres i situasjoner der man har støtte og hjelp til de deler av problemløsningen som man ikke mestrer på høyt nok nivå (Akre og Ludvigsen, 1997:2759). For arbeidsgiver innebærer dette at man må legge til rette for at en nyansatt får mulighet til å lære under veiledning fra andre mer erfarne kollegaer i praktiske situasjoner. Hvilke kvalifikasjoner det er behov for å utvikle har sammenheng med både organisasjonsmessige forhold og hvem pasientene er innen helsetjenesten.

2.3 Utvikling av faglig kompetanse

For å forklare en yrkesutøvers utvikling som fagperson har brødrene Dreyfus utviklet en fem nivåes modell. Ifølge denne modellen vil alle yrkesutøvere i sin tilegnelse og utvikling av ferdigheter passere fem ferdighetsnivåer, novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Hvert nivå har visse kjennetegn som man kunne gjenkjenne hos yrkesutøveren.

Novisetrinnet kjennetegnes av yrkesutøvere som i stor grad er lærebokstyrt i sin atferd. Yrkesutøvelsen blir dermed begrenset og ufleksibel. Noe av årsaken til dette er at nybegynneren må konsentrere seg sånn at hun i liten grad er i stand til å snakke eller lytte samtidig (Konsmo, 1995:31). Nybegynnerens behov for å fokusere på en oppgave om gangen fører til at hun i liten grad klarer å se og tenke helhetlig. Gjennom erfaring vil den avanserte nybegynner etter hvert begynne å se likheter fra tidligere lignende situasjoner og kan etter hvert utføre en akseptabel yrkesutøvelse. Hun handler fremdeles ut fra prinsipper og er lite fleksibel, men handler nå ut fra et bevisst og langsiktig perspektiv.

En sykepleier vil være en kompetent utøver etter å ha jobbet med noenlunde like problemstillinger i to-tre år (Benner, 1995:39). Større trygghet på egen mestring av komplekse situasjoner vil gi henne større fleksibilitet i arbeidssituasjonen enn da hun befant seg på nybegynnernivåene. Den kyndige sykepleieren opplever situasjonene mer som et hele enn som oppdelt i elementer, fordi hun ser dem i langsiktige perspektiver (Konsmo, 1995:32). Dette innebærer at sykepleieren ser helhet i situasjonene hun erfarer og handler ut ifra langsiktige mål. Sykepleiere som har nådd ekspertnivå har lang yrkeserfaring og et godt oppøvd klinisk blikk. De handler uten å tenke over hva de videre skal gjøre. Ting går av seg selv fordi aktiviteten er blitt en del av yrkesutøveren.

Ikke alle mennesker kan nå ekspertnivået innenfor deres fagområde. Dreyfus og Dreyfus(1986) eksemplifiserer dette med at sjakk er et område der veldig få vil klare å nå ekspertnivå. Mens andre områder som for eksempel bilkjøring er slik at nesten alle kan nå ekspertnivået (Dreyfus og Dreyfus, 1986:21). En del sykepleiere vil også erfare at de ikke blir eksperter selv om de har arbeidet i mange år innenfor det samme spesialområdet. Det som skiller de sykepleierne som når ekspertnivå fra de som ikke gjør det er evnen til refleksjon (Konsmo, 1995:33). Gjennom å reflektere over ulike erfaringer kan man danne seg ny forståelse av situasjoner som videre kan føre til læring.

2.4 Læring

Det finnes ulike forklaringer på hva læring er. Noen ganger referer begrepet læring til at man tilegner seg kunnskaper, andre ganger til hvordan atferden vår endres på grunn av ny kunnskap. Hiim og Hippe definerer læring som ”En relativt varig forandring i opplevelser eller atferd som følge av tidligere erfaring.” (Hiim og Hippe, 2004:73). Læring vil med andre ord være en prosess som fører til endring i våre praktiske ferdigheter, vår teoretiske kunnskap og/eller holdningene våre. Når man lærer vil man med andre ord endre på atferden som følge av at man har tilegnet seg ny kunnskap.

For å forklare læring presenterer Fischer og Sortland den amerikanske psykologen Kolb sin 4-trinns syklus for læring. Læring skjer da gjennom at:

- ”1. Konkret erfaring, som følges av
 2. observasjon og refleksjon, som fører til
 3. danning av begreper og generaliseringer, som fører til
 4. hypoteser som prøves ut i framtidig handling, som igjen fører til punkt 1 osv.”
- (Fischer og Sortland, 1994:36-37)

Fischer og Sortland(1994) mener dermed at enhver læreprosess starter når et menneske erfarer noe. Denne erfaringen kan være observasjon, egne handlinger eller for den saks skyld noe en hører av andre. Mennesket kan så reflektere videre over det opplevde. Et eksempel på dette kan være en sykepleier som ser på når en annen sykepleier gjør en prosedyre etter en ny metode. Når hun etterpå reflekterer over hendelsen kan hun danne seg en ny forståelse av situasjonen. Slik kan man knytte sammen nye kunnskaper med de gamle erfaringene man allerede har. På denne måten kan man gjennom læreprosessen også danne seg nye begreper. I framtidige handlinger vil man så teste ut den nye kunnskapen man har tilegnet seg. Det vesentlige for at læring skal skje er at man møter nye situasjoner med et åpent sinn og reflekterer over de erfaringene man gjør seg etter hvert.

Argyris og Schön sin teori

For å få til læring vil det ikke være nok å bare reflektere over erfaringene man gjør seg. Argyris og Schön introduserte begrepet handlingsteori for å kunne forklare egen og andre sin atferd. De skilte da mellom to typer handlingsteorier, bruksteori og uttrykt teori. Yrkes- og profesjonsutøvere kan uttrykke at de handler eller ønsker å handle på bestemte måter i yrket(uttrykte teorier), mens det de faktisk gjør viser noe annet(bruksteorier). Det yrkesutøveren mener at han gjør er preget av hans teoretiske normer og idealer, mens det han faktisk gjør til dels er preget av hans intuitive og ikke verbaliserte fremgangsmåter utviklet i nær kontakt med praksisfeltet. Det kan derfor ifølge Schön(1983) være forskjell på det en sykepleier mener at hun gjør og det hun faktisk gjør. Dette innebærer at hvis man spør et menneske om hvorfor de gjør som de gjør vil en få som svar det som er deres uttrykte teori. Hvis man derimot observerer det samme menneskets sine handlinger vil man kunne få se at deres bruksteori ikke nødvendigvis stemmer overens med deres uttrykte teori.

Argyris og Schön forklarer spriket mellom uttrykt teori og bruksteori med at vi gjennom oppveksten lærer oss å forenkle og kategorisere all den informasjonen som når oss (Fischer og Sortland, 1994:92). Dette gjør vi ubevisst og hensikten er å hjelpe oss med å holde oversikt og skape mening i alle de ulike erfaringene. Etter hvert utvikler vi denne ferdigheten så godt at vi trekker slutninger og handler uten å være oppmerksomme på eventuelle feil i våre resonnementer. Vi bør være oppmerksomme på dette fordi det vil være med å påvirke læringen vår. Når vi ikke selv er klar over hvordan vi systematiserer all ny informasjon i ulike bolker kan vi risikere at vi ikke ser og derfor mister verdifull informasjon.

Læring i organisasjoner

Alle organisasjoner vil bestå av ulike individer som samhandler for å nå et felles mål. Når man ønsker å få til kollektiv læring i organisasjonen vil man ifølge Hustad(1998) først være avhengig av individuell læring. Dette innebærer at hvis organisasjonen skal kunne lære må først individene i organisasjonen lære. Dette støttes av Argyris(1990) som bruker betegnelsen «organizational learning», men fastholder at det er individene som lærer og ikke organisasjonen som sådan. All læring i organisasjoner vil dermed begynne med at individene i organisasjonen erfarer og reflekterer omkring dette. Dette fører til at det kritiske punktet i alle organisasjoner vil være å omgjøre individuell kunnskap til kollektiv kunnskap.

Når man ønsker å få til læring på organisasjonsnivå vil det være nødvendig at den enkelte setter ord på den tause kunnskapen han har slik at den kan kommuniseres til andre (Jakobsen og Thorsvik, 2002:328). Læreprosesser på organisasjonsnivå kan bestå av ulike aktiviteter som medvirker til utveksling av erfaringer og deling av kunnskap mellom de ansatte. For at den enkelte sykepleier skal kunne utvikle seg kan man da etableres ulike arenaer/forum for gjensidig inspirasjon, refleksjon, erfaringsspredning og kommunikasjon av ideer sammen med kollegaer. Hensikten er at til sammen kan deltakerne i en velfungerende gruppe nå bredere og dypere enn den enkelte klarer alene.

I organisasjonen kan man med andre ord skapes rom for erfaringsutveksling mellom de ansatte. Wenger mfl.(2002) tar utgangspunkt i at samhandling og uformelle læringsprosesser er forutsetninger for å dele taus kunnskap. Wenger mfl.(2002) introduserte begrepet praksisfelleskap som vil være en gruppe med mennesker som deler interesse for et fagområde og som i et felleskap bruker hverandres kompetanse og påvirkning for å utvikle seg videre. Slike grupper kan gjennom regelmessig kontakt bygge relasjoner og lære sammen. Gjennom

prosessen utvikler medlemmene tilhørighet, gjensidig respekt og tillit. Hensikten med et praksisfelleskap er ifølge Wenger mfl.(2002) å skape, utvikle og utveksle kunnskap. Vi har alle vårt eget verdensbilde og dermed ulike måter å forstå verden på. Hvis vi er deltakere i et praksisfelleskap kan vi utvikle, forhandle og dele våre oppfatninger med andre (Wenger, 1998: 48).

Både hos ledere og ansatte vil det være vanlig at det er et visst sprik mellom det de verbalt uttrykker og det de faktisk gjør (Roald, 2004:4). Organisatorisk læring vil ifølge Argyris og Schön(1978) være en sosial prosess som tar sikte på å avdekke og korrigere den kunnskapen organisasjonen har. Hva slags læring som skjer i organisasjonen vil dermed påvirkes av de ansattes bevissthet rundt egne handlingsteorier. Hvis de ansattes tankegang i stor grad preges av bruksteori vil man kunne få en overvekt av den typen læring som Argyris og Schön kaller enkeltkretslæring. I enkeltkretslæring er det lett synlige, konkrete og relativt enkle feil som blir rettet opp, mens sentrale trekk ved eksistensgrunnlaget og driftsformene til organisasjonen blir som før (Roald, 2004:32). Dette innebærer at hvis det oppstår en feil vil man bare endre på handlingen som førte til at feilen skjedde for å unngå at samme feil oppstår igjen. Enkeltkretslæring løser de synlige problemene, men den løser ikke de mer grunnleggende problemene som kan være årsaken til at disse problemene fantes i første omgang (Argyris, 1990:94). Hvis problemet vedvarer kan det derfor være nødvendig å stille spørsmål ved selve forutsetningene for at man handler slik som man gjør.

Argyris og Schön vektlegger at læringen i en organisasjon bør ha fokus på om man bør endre på de bakenforliggende verdiene og/eller handlingen som førte til det uønskede resultatet, såkalt dobbeltkretslæring. Dobbeltkretslæring innebærer at organisasjonen kan endre både på mål og handling (Roald, 2004:4). Ved dobbeltkretslæring vil man hele tiden stille spørsmålsteget ved de grunnleggende forutsetningene som ligger til grunn for måten man handler på. Når det skjer en feil vil man vurdere om årsaken kan være i de styrende verdiene som ligger bak handlingene. Den viktigste forskjellen mellom enkeltkrets- og dobbeltkretslæring vil være viljen til konstant å vurdere å evaluere de valg man tar, gjerne gjennom åpen diskusjon med andre (Jakobsen og Thorsvik, 2002:335). For at en organisasjon skal kunne utvikle seg og lære vil det være viktig å få til en stor grad av dobbeltkretslæring. Organisasjonen kan stagnere i sin utvikling hvis man ikke stiller spørsmål ved selve grunnlaget for handlingene som gjennomføres. Når man i en organisasjon samhandler med hverandre ut fra forutinntatte oppfatninger vil dette kunne føre til en defensiv holdning, der

man er redd for å prøve ut nye måter å gjøre ting på. Konsekvensen kan være at læringen som skjer er med på å opprettholde stabiliteten i organisasjonen. Hvis man derimot har et miljø som preges av åpenhet og granskning av bruksteoriene kan man lære av de feilene man gjør underveis og på denne måten utvikle organisasjonen videre.

I en organisasjon kan man ha to ulike typer kompetanse, generell og organisasjonssæregen (Nordhaug, 2002:56). Generell kompetanse er kompetanse som er lite spesifikt knyttet til bedriften og dens særegne virksomhet, eksempelvis generelle datakunnskaper. Kompetanse om spesialiserte dataprogrammer som bare en organisasjon bruker vil være et eksempel på organisasjonssæregen kompetanse. Hvis man velger å bygge opp generell kompetanse hos de ansatte kan man få problemstillingen med at den ansatte velger å ta kompetansen med seg videre til en annen arbeidsgiver. Da stilles bedriftene ovenfor et nytt ledelsesproblem: Hva kan og bør gjøres for å forhindre at verdifulle kompetanseressurser ”tar beina fatt” og forsvinner ut av bedriften? (Nordhaug, 2002:56). Årsaken til dette er at arbeidstakerne selv bærer med seg sine kunnskaper og ferdigheter. Dette gjør at de langt på vei selv kan velge hvorvidt og hvordan de skal anvende disse i en arbeidssammenheng (Nordhaug, 2002:55). Noe som innebærer at den enkelte arbeidstaker til dels selv kan velge om han ønsker å bruke kunnskapen i den organisasjonen han jobber eller om han ønsker å bruke den i andre sammenhenger. Derfor bør behovet for både generell og organisasjonssæregen kompetanse være en problemstilling man tar hensyn til når man skal planlegge tiltak for å fremme læring i en bedrift.

Helse- og sosialsektoren er en tjenesteytende næring og svært personellintensiv. Dette innebærer at kvaliteten på tjenestene til en hver tid er avhengig av hva slags personell man har til å utføre disse. Hva slags kompetanse de ansatte har vil derfor ikke være uvesentlig. Eksempelvis har mange sykehus slitt med mangel på spesialsykepleiere. Innen fagområdene operasjon og anestesi har dette ført til at en del sykehus har utdannet sitt eget personale for å dekke opp ledige stillinger. En slik ordning ville være økonomisk ulønnsom hvis ikke personalet fortsatte i jobb ved det samme sykehuset etter at de er ferdig med utdannelsen sin.

2.5 Sykehuset som organisasjon

Alle organisasjoner har sine særtrekk, som kultur, kontekst, sterke og svake sider. Sykehusene kjennetegnes blant annet av at de er komplekse organisasjoner både i forhold til mål og

oppgaveutførelse. Produksjonen består av kompleks tjenesteyting og den koordineres i stor grad av autonome ansatte med høy fagkompetanse. Mintzberg(1983) kaller slike organisasjoner for profesjonelle byråkrati.

Kjennetegn ved det profesjonelle byråkrati er en desentralisert struktur, der makten ligger lavt i hierarkiet og den operative kjernen utgjør det sentrale elementet i organisasjonen. Lindsøe(1990) forklarer dette med at i motsetning til maskinbyråkratiet som bygger på autoritet som er hierarkisk i sin natur, så bygger det profesjonelle byråkratiet på faglig eller ekspertautoritet. Dette innebærer at personer i organisasjonen ikke bare har innflytelse i kraft av sin posisjon, men i kraft av sin faglige ekspertkunnskap. I et profesjonelt byråkrati blir det ifølge Strand(2003) ikke gitt stort rom for ledelse ut over det som ligger i å utøve fagkompetansen på en avansert måte. I sykehusene ser man dette gjennom at lederrollen tradisjonelt har vært nært knyttet opp til rollen som fagperson eksempelvis overleger og oversykepleiere.

Ledelse som ikke bygger på faglig ekspertise har hatt lite innflytelse på de profesjonelle i den operative kjernen i organisasjonen. Dette førte tidligere til en form for parallell styring i sykehusene, med både en administrativ ledelse og profesjonsstyring. Den administrative ledelsen har hatt legitimitet gjennom sin posisjon i hierarkiet, men de profesjonelle har hatt makt gjennom sin faglige kunnskap. I det profesjonelle byråkrati er det imidlertid den faglige kompetansen, erfaringen og respekten for faglig dyktighet som gir ledelsen autoritet og legitimitet. Den administrative ledelsen har overlatt mange av beslutningene til fagprofesjonene noe som har ført til profesjonsstyring. Årsaken til profesjonsstyringen i sykehusene er at helsesektoren er preget av uklare resultatmål og usikkerhet om hvordan tiltakene en iverksetter slår ut (Opstad, 2002:213). Denne uklare situasjonen har gjort at profesjonenes atferd først og fremst er blitt bestemt ut ifra hva profesjonene mener er korrekt, medisinsk praksis.

Utrykket profesjon defineres av Torgersen som:

”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 utdanninga.” (Torgersen, 1972:10).

I denne definisjonen vektlegges relasjonen mellom et yrke og en bestemt utdanning. Ofte vil denne forbindelsen være så nær at det foreligger et yrkesmonopol som innebærer at det bare er personer med en bestemt utdanning som kan utøve yrket. Yrker som regnes som profesjoner har også visse felles kjennetegn. Et av disse kjennetegnene er at yrket må ha en formell utdanning ved høyskole eller universitet (Torgersen, 1994:50). Andre kjennetegn er at yrket har yrkessammenslutninger som taler yrkets sak og vanskeliggjør ikke organisert yrkesutøvelse. Monopol på arbeidsoppgaver sikres ofte gjennom at det kreves en offentlig autorisasjon for å få utøve yrket. Ifølge Halvorsen(2002) har også profesjonen en profesjonell yrkesetikk eller ideologi som den ønsker skal være retningsgivende for virksomheten. Vanlige eksempel på profesjonaliserte yrker er lege og advokat. Andre yrker har ifølge Strand(2003) ikke fått full profesjonsstatus selv om de har et visst preg av å være profesjonalisert. Eksempel på slike yrker er sykepleier som har noe mindre prestisje og ikke helt monopoliserte arbeidsområder.

Konsekvensen av profesjonsstyringen i sykehusene er at det verken er sykehusets ledelse eller den enkelte lege/sykepleier som bestemmer hvordan man skal utføre en medisinsk prosedyre. Dette avgjøres av profesjonen som kollektiv. Eksempelvis vil hva som til enhver tid bør være den faglig korrekte behandlingen å tilby en pasient bestemmes av profesjonsforeninger, utdanningsinstitusjoner eller brede faglige felleskap, gjerne på internasjonal basis. Ledelsen i sykehuset vil således ha liten myndighet i forhold til avgjørelser som omhandler faglige spørsmål i produksjonen.

Et annet standardproblem i profesjonsorganisasjoner vil være mangel på innovasjon og tilpasningsevne (Bukve, 2000:161). Dette skyldes at det profesjonelle byråkrati passer for å perfektionere det som allerede er kjent. Fagfolkene er flinke til å bedre allerede eksisterende rutiner, men de mangler teknikker og kunnskaper for å løse nye og ukjente problemstillinger. Når en sak går på tvers eller faller mellom to profesjoners fagområde vil ikke organisasjonen ha et system for å endre på rutiner og standarder. Dette skyldes blant annet at i dagens helsevesen har hvert fag sin tilnærming og forankring i egen virkelighetsoppfatning. Den enkelte yrkesutøver betrakter «sannheter»/situasjoner ut fra det ståsted faget og utdannelsen har vektlagt (Statens helsetilsyn, 1998:13). I diskusjoner mellom profesjonene vil derfor ulike verdisett komme til uttrykk.

For å skape endring og vite at endringene er forbedringer vil det ifølge Øgar og Hovland(2004) kreves mer spesiell kunnskap enn det som fram til i dag har vært dekket av helsefagutdanningene. Tradisjonelt er ikke helsearbeidere opplært til å betrakte arbeidet sitt som en del av et system. Dette skyldes at helsefagutdanningene bygger på en individorientert tenkning, noe som ofte er til hinder for en organisasjons/systemtenkning (Statens helsetilsyn, 1998:13). Gjennom å få til større bevissthet rundt forbedringskunnskap i de ulike helsefagutdanningene ønsker Helse- og Sosialdirektoratet å endre på dette. Selv om helsepersonalet har fagkunnskap kan denne av ulike årsaker ikke bli tatt i bruk. Det kan dermed bli et gap mellom det helsepersonell vet og det de gjør. Derfor vil det være nødvendig med en sammenkobling av fagkunnskap og forbedringskunnskap. Tradisjonell forbedring av fagkunnskap bygger på profesjonell kunnskap og verdier. Forbedringskunnskap dreier seg om en kontinuerlig kvalitetsforbedring der man ser på seg selv som en del av et større system.

Sykehusreformen

De siste årene har det vært gjennomført flere store reformer i helsevesenet. Dette har ført til at sykehusene nå lever i en omskiftelig tid. Den hittil største forandringen kom i januar 2002 da sykehusreformen ble gjennomført. Gjennom denne reformen overtok staten eierskapet til sykehusene. Ansvar for driften av spesialisthelsetjenesten ble da overført fra fylkeskommunene til fem regionale helseforetak, ett i hver helseregion. Dette innebærer at hvert av de regionale helseforetakene nå har ansvaret for å tilby nødvendige helsetjenester til befolkningen som bor i helseregionen. Staten skal konsentrere seg om overordnede forhold og rammebetingelser, mens de regionale helseforetakene skal ha ansvar for å sette politikken ut i livet.

Hensikten med fristillingen av sykehusene var å skape større frihet, fleksibilitet og handlingsrom. Dette skulle gi rom for innovasjon, læring, erfaringsoverføring og positiv konkurranse (Lian, 2003:84). Foretaksledelsen har fått vide fullmakter og stor lokal frihet til å velge de virkemidler som de anser som mest hensiktsmessige i den daglige driften av virksomheten. Eksempelvis kan det enkelte styre i helseforetakene selv velge hvordan foretaket skal organiseres.

Samtidig må ledelsesutøvelsen forholde seg til den konteksten ledelse skal utøves innenfor. Sykehus som profesjonelle byråkrati har sine rammer og forutsetninger for hvordan ledelse

kan ivaretas. En av forutsetningene vil være gitt av at sykehusets ansatte i stor grad er profesjonelle yrkesutøvere. En annen faktor som påvirker mulighetene for ledelse er at sykehus er kunnskapsorganisasjoner. Dette innebærer at sykehusets medarbeidere er nært knyttet til ulike fag og har spesialisert kunnskap som organisasjonen har behov for i produksjon av helsetjenester. Ifølge Haukedal og Bjørvik(1998) er det vanskelig om ikke umulig å dirigere mennesker til å yte den typen produksjon som ideer, kunnskap og innsikt er. Dette innebærer at man er avhengig av medarbeidernes kunnskap og samarbeid for å få til et godt sluttresultat.

Kompetanseberetningen

Politikerne har samtidig med de store endringene i offentlig sektor fått økt fokus på kompetanseutvikling. Siden midt på 1990-tallet er det gjennomført en rekke politiske tiltak for å stimulere til kompetanseutvikling blant bedrifter og ansatte i norsk arbeidsliv. I utredningen "Ny kompetanse" tok politikerne tak i problemstillingen og skrev blant annet at kunnskap og kompetanse er et viktig grunnlag for næringsutvikling, økt sysselsetting, verdiskapning, videreutvikling av velferdsstaten og aktiv demokratisk deltakelse (NOU 1997:25). Politikerne så med andre ord at de store endringene som skjedde i arbeids- og samfunnslivet førte til økte krav om utvikling og oppdatering av kompetanse.

Høsten 2002 satte Utdannings og forskningsdepartementet i gang et prosjekt for å kartlegge arbeidet med kompetanseutvikling i norske bedrifter. Hensikten med dette prosjektet var å utbedre kunnskapsgrunnet for kompetansopolitikken og bidra til en ny tenkemåte i forhold til læring og kompetanse. De første resultatene fra prosjektet ble offentliggjort høsten 2003 under navnet "Kompetanseberetningen". En av problemstillingene som ble tatt opp i rapporten var hvordan man skal kunne måle effekten av ulike kompetanseutviklingstiltak. Man innså at det å telle eksamenspapirer og kursdøgn på hotell fortalte lite om evnen til å møte dagens komplekse utfordringer (Erlandsen 2004:23). Resultatet i kompetanseberetningen var at alle bedrifter har noe å hente, men spesielt offentlig sektor burde bli langt flinkere til å aktivere sine kunnskapsressurser.

Muligheten for læringsintensivt arbeids varierte mellom ulike bedrifter og yrkesgrupper. Ansatte med høy utdanning viste seg generelt å ha mer læringsintensivt arbeid enn de med lavere utdanning. Resultatet i helsesektoren var imidlertid motsatt. Arbeidstakere med

høgskoleutdanning hadde faktisk ikke større læringsmuligheter i det daglige enn hva arbeidstakere med videregående opplæring eller bare grunnskoleutdanning (Kompetanseberetningens læringsbarometer, 2003:11). Konklusjonen var at arbeidet i helsesektoren blir organisert på en måte som i liten grad fremmer læring. Når man setter dette i sammenheng med at behovet for kompetent arbeidskraft er stort i helsesektoren og at utdannet helsepersonell har vært mangelvare vil man ha store utfordringer framover. Det vil være en kontinuerlig utfordring å tilpasse arbeidskraft og kompetanse til de oppgavene sykehus er satt til å utføre (Statens helsetilsyn, 2001:6). For å imøtekomme behovet for kunnskapsutvikling i framtiden vil dermed en mulighet være å skape mer læringsintensive arbeidsplasser.

Hvorfor er det da slik at noen organisasjoner er flinke til å lære og å utvikle seg mens andre ikke er det i like stor grad? Statens helsetilsyn gjennomførte i 2001 en undersøkelse for å kartlegge omfanget av organisert kompetanseoppbygging for gruppen høyskoleutdannet helsepersonell og hjelpepleiere i de somatiske sykehusene. Prosjektet hadde da som arbeidshypotese at opplæringsaktivitetene i norske sykehus var lite planlagt og målstyrt. Det viste seg imidlertid at det foregikk en viss plan- og målstyring av opplæringsaktivitetene ved landets sykehus (Statens helsetilsyn, 2001:40). Det var imidlertid store ulikheter mellom sykehusene, blant annet la de store sykehusene mer vekt på kompetanseoppbygging enn de små sykehusene.

Struktur

Hensikten med strukturen i en organisasjon er å skape stabilitet og forutsigbarhet. Gjennom å legge føringer for hva man skal gjøre, og hva man ikke skal gjøre vil strukturen virke som en formell ramme for atferd i organisasjonen. Strukturen vil ikke bare styre atferden, den vil også legge føringer for hvordan kommunikasjonen foregår og dermed indirekte hvordan den ikke skal foregå. Eksempelvis vil hvilken informasjon hvem mottar i stor grad bestemmes av organisasjonsstrukturen. Når de ansatte har et mentalt bilde av hvordan organisasjonen skal være og ikke være vil dette kunne legge rammer for hvordan de tenker og handler. Problemet med slike mentale bilder er at hvis man ikke våger å utfordre dem kan det virke som en hindring for nytenkning. Årsaken til det profesjonelle byråkrati sin manglende tilpasningsevne og nytenkning kan blant annet ligge i slike mentale modeller hos de ansatte.

Kompetanseberetningen slo fast at helsesektoren var læringsfattig. Årsaken til dette kan være at arbeidet er organisert på en måte som ikke fremmer læring. I en organisasjon vil hver av de ansatte inneha en bestemt posisjon i bedriften som det knytter seg visse arbeidsoppgaver, ansvar og myndighet til (Nordhaug, 1990:214). Den enkelte ansatte vil da ut ifra sin posisjon observere hva som skjer rundt seg. Dette fører til at mennesker i organisasjoner også søker etter problemer og løsninger innenfor det området som organisasjonsstrukturen definerer som relevant for den enkelte (Jakobsen og Thorsvik, 2002:340). All læring skjer gjennom at individer erfarer nye ting. De ansattes erfaringer vil i en organisasjon kunne påvirkes av hvilket område den formelle arbeidsdelingen bestemmer som relevant for han eller henne. Samtidig vil hvilke løsninger som kan være aktuelle å prøve ut avhenge av den formelle posisjon den ansatte har i organisasjonen. Eksempelvis kan en sykepleier som er ansatt i en medisinsk sengepost ha lite kunnskap om hvordan en kirurgisk sengepost løser tilsvarende problemer som hun står overfor. Organisasjonsstrukturen bestemmer at sykepleieren skal ha sitt fokus innad i sengeposten som er hennes arbeidsplass. Dermed vil også letingen etter løsninger på ulike problemer foregå innenfor sengeposten. Læring utenfor sengeposten vanskeligjøres fordi sengeposten som mental modell ikke blir utfordret.

I hvilken grad organisasjonsstrukturen åpner for kontakt og samhandling på tvers av stillinger, profesjoner og arbeidsgrupper får betydning for muligheten til å lære av hverandre og i felleskap. Hvis all kommunikasjon mellom enhetene går via formelle kanaler vil det bli vanskeligere å utveksle ideer og ferdigheter på tvers av de formelle grensene organisasjonen setter (Nordhaug, 2000:221). Mye læring kan komme ut av uformelle samtaler på tvers av fag og organisasjonsgrenser der en utveksler ideer og erfaringer med hverandre. For å skape rom for erfaringsutveksling mellom ulike yrkesgrupper er det viktig at ledelsen går aktivt inn i strukturen og tilrettelegger for dette. Eksempel på slike felleskap kan være formelle arbeidsgrupper som er satt sammen av ansatte på tvers av yrkesgrupper eller medisinske fagområder.

Allerede eksisterende prosedyrer og rutiner kan fungere som hinder for at ny læring tas i bruk organisasjonen. Eksempel på dette er regler og rutiner som er kommet som resultat av tidligere læring. Slike mentale modeller representerer dermed viktige deler av bedriftens "hukommelse" (Bakka mfl., 2004:339). I organisasjoner til forskjell fra individer utvikles og vedlikeholdes læringssystemer som bevarer en viss type adferd, mentale kart, normer og verdier over tid. Slike systemer vil være uavhengige av om organisasjonenes medlemmer

kommer eller går, skifte av ledelse og lignende. Dette får den konsekvensen at når en person lærer og endrer sin atferd vil ikke nødvendigvis systemene i organisasjonen gjøre den nye atferden til en organisatorisk handling. Med andre ord kan systemet som i utgangspunktet var ment for å skape stabilitet og forutsigbarhet utgjøre et læringshinder i seg selv. Hvis man har en organisasjon med sterk strukturering kan dette lett føre til at de ansatte handler lite fleksibelt og slavisk følger regler som er utformet med tanke på fortidens krav (Nordhaug, 1990:205). Årsaken til slik atferd er at organisasjoner utformer belønningssystemer som enten oppmuntrer eller forhindrer visse typer atferd (Jakobsen og Thorsvik, 2002:337). I et profesjonelt byråkrati vil det ligge ulike formelle normer og verdier i fagfolkene selv. Når man da skal få til forandringer i organisasjonen vil disse måtte bringes inn gjennom den langsomme prosess det er å forandre fagfolkene selv.

Kultur

Mens strukturen beskriver de formelle sidene ved en organisasjon er kulturen dens uformelle motstykke. På samme måte som strukturen forteller de ansatte hvordan de skal te seg vil kulturen sette uformelle krav til atferd. I et sykehus vil man mest sannsynlig ikke finne en felles kultur, men flere subkulturer som påvirker hverandre gjensidig. Et eksempel på en subkultur er sykepleiekulturen der man påvirker hverandres handlinger og etiske valg. En slik kultur vil i praksis være et uttrykk for hvilke verdier som er styrende både for den enkelte sykepleier, for sykepleiegruppen og organisasjonen.

I et miljø som fremmer læring vil man være avhengig av å ha en kultur som preges av dialog og toleranse for ulike synspunkt. Læring skjer blant annet slik Argyris og Schön skriver når feil blir oppdaget og korrigert. Hvis man ønsker å oppnå kontinuerlig læring og endring i en organisasjon vil et av vilkårene være at det eksisterer et arbeidsmiljø hvor de ansatte gjennomgående føler seg trygge (Nordhaug, 1990:202). Gjennom praktisk erfaring og refleksjon vil yrkesutøverne kunne utvikle seg som fagpersoner slik Dreyfus og Dreyfus beskriver. Et vesentlig element er da om det å gjøre feil blir akseptert som en del av den naturlige erfaringslæringen. I helsesektoren er forholdet mellom pasient og yrkesutøver bygget på et forhold av tillit. Helsearbeidere er også avhengige av pasientenes tillit for å kunne utøve sine yrker (Lian, 2003:165). Vi kan dermed befinne oss i et etisk grenseland. Man skal ha toleranse og aksept for prøving og feiling samtidig som dette kan bli problematisk i pasientsituasjoner fordi det her ikke vil være rom for å gjøre feil.

Hvilke oppfatninger og verdier som er fremherskende i bedriften vil fungere som mentale modeller og dermed ha stor innflytelse. Siden overføring av kompetanse mellom kolleger er en viktig form for læring i arbeidslivet vil ulike gruppenormer få betydning for hva slags læring som finner sted. Eksempelvis vil det å utvikle kunnskap kreve at man er villig til å dele det en vet med andre (Glosvik, 1998:111). For å få til læring vektlegger Marsick(1987) betydningen av det å være kreativ. Gjennom kreativitet kan man utvikle nye måter å lære på. Hun skriver at kreativiteten er viktig for å få til både formell og tilfeldig læring fordi den hjelper den lærende til å bryte ut at vi ferdiglagte mønstrene som ikke tillater ham å se annerledes på situasjonen (Marsick, 1987:30). Hvis man har et miljø der det er aksept for å slippe løs kreativiteten kan dette med andre ord bryte med de eksisterende modellene for hvordan læring skjer. Man kan da utforske nye handlingsmønstre og våge å prøve nye måter å gjøre ting på.

I rapporten Har kompetanseberetningen et grunnlag(2003) viste det seg at i helsesektoren var det mest formell utdanning som ble etterspurt. Yrkestakere som allerede hadde positiv erfaring med skole og teoretisk opplæring vil også gjerne etterspørre denne typen opplæring i arbeidslivet. Formell utdanning er da en velkjent måte å tilegne seg kunnskap på for denne gruppen. Ifølge Brown og Duguid(2000) ligger det mange uutnyttede muligheter for læring i det daglige arbeidet. Isteden for å benytte seg av disse mulighetene sender man heller de ansatte bort fra arbeidsplassen for å lære på ulike kurs (Brown og Duguid, 2000:130). Når ikke profesjonsgruppene i sykehusene deler en felles oppfatning av verdien i det å dele kunnskap vil hyppigheten og mengden av slik deling av kunnskap kunne bli minimal. Kompetanseheving vil være mye mer enn kurs og tiltak. Dette vil være et viktig poeng for at man skal kunne lykkes med arbeidet å skape et miljø for læring.

Etterspørselen etter formell kompetanse i offentlig sektor forklarer Hagen og Skule(2004) med at det i det offentlige ligger i institusjonelle krav til formell kompetanse. Mens virksomheter i privat sektor kan tilpasse sine produkt- og markedsstrategier til eksisterende kompetanse i organisasjonen, må skoler og kommunale pleieinstitusjoner forholde seg til standardiserte kompetansekrav.

I helsevesenet vil vi kunne se hvordan ulike profesjonsgruppene tenker svært likt. Felles utdanning og utøvelse av et yrke danner også et felles utgangspunkt for hvilke verdier og

normer som er rådende i gruppen, selv om det kan eksistere store og individuelle forskjeller. Derfor vil de profesjonelle arbeidstakernes felles oppfatninger også kunne føre til såkalt profesjonell nærsynthet. Dette kan videre føre til at arbeidsgrupper har ugunstige måter å jobbe på som bremser både arbeidsprestasjoner og utveksling av kompetanse mellom kolleger fra andre yrkesgrupper (Nordhaug, 2000:210). Kulturen kan på denne måten sette rammer for hvilken kunnskap det er relevant for den enkelte yrkesutøver å tilegne seg.

Både struktur og kultur i en organisasjon kan dermed være med på å påvirke hva slags og i hvilke sammenhenger læring kan skje. Når man ønsker å utvikle seg mot en lærende organisasjon vil det være viktig å ha fokus på eventuelle lærevansker i organisasjonen slik at man kan gjøre noe med disse. Hvis man ønsker å fremme kollektive læreprosesser i organisasjonen bør man ha oppmerksomheten rettet mot tiltak som kan spre kunnskap i organisasjonen. Hvis ikke kan det lett bli en situasjon der ny kunnskap og gode ideer blir værende i en avdeling eller hos enkeltansatte.

2.6 Lærende organisasjoner

Skjerpede krav til sykehusene om å drive økonomisk lønnsomt har ført til flere store endringer internt i helseforetakene. De ansatte har ikke lenger en like stabil og forutsigbar hverdag som tidligere. I en stabil verden med kjente mål og midler vil det være hensiktsmessig å lete etter en optimal struktur for organisasjonen. Med den endringstakten og endringsimpulsene som helsesektoren stadig utsettes for vil alle strukturer som etableres få mer eller mindre karakter av noe midlertidig (Fossen, 2005:8). Løsningen for organisasjoner som skal lykkes i en omskiftelig tid vil være å til enhver tid klare å etablere de strukturene som trengs for å løse de oppgavene som dukker opp. Derfor bør man nå rette søkelyset mot en organisasjons evne til å lære, til å gjøre korreksjoner og til å høste av erfaring (Fossen, 2005:8). Høst(2005) skriver at hvis man ønsker at virksomheten skal kunne tilpasse seg endrede krav og betingelser, må lederne ta ansvar for å drive endringsarbeid og utvikle organisasjonen i retning av en lærende organisasjon. Med andre ord bør helseforetakene tenke framover og forsøke å lære av de erfaringene man gjør seg underveis.

Hva er da en lærende organisasjon? Det er ulike definisjoner på lærende organisasjoner, men et fellestegn ved dem er vektleggingen av at læring vil forandre hverdagen i organisasjonen. Følgende definisjoner på lærende organisasjoner er hentet fra Jakobsen og Torsvik(2002:327):

”Organisatorisk læring er en prosess der man avdekker og korrigerer feil (Argyris:1977).

Organisasjoner lærer ved å omsette kunnskap basert på historiske erfaringer til rutiner som gir retningslinjer for atferd. (Levitt & March:1988).

En organisasjon lærer hvis den gjennom å behandle informasjon forandrer handlingsrommet av mulige handlinger som den kan gjennomføre.(Huber 1991:89).”

Tidligere ble læring satt i sammenheng med endring. Dette innebærer at når vi lærer endrer vi de praktiske ferdighetene våre, den teoretiske kunnskapen og/eller holdningene våre. Felles for de definisjonene på lærende organisasjoner som er presentert ovenfor er også endring. Forskjellen på lærende organisasjoner og andre vil da være evnen til å ta i bruk ny kunnskap og dermed skape endring.

I en organisasjon vil individene hele tiden tilegne seg ny kunnskap. Noen ganger fører dette til at de ønsker å endre atferden sin som følge av nye kunnskaper. Endret atferd vil ikke uten videre føre til endringer på organisasjonsnivå. Forskjellen mellom individuell læring og organisasjonslæring er at organisasjonslæring bare innbefatter den kunnskap som er nedfelt i organisasjonen selv – i dens organisasjonskart så å si, i dens filosofi og retningslinjer, i dens prinsipper for ledelse, personalforvaltning, opplæring, kommunikasjon osv. (Moxnes, 2000:56). Vi kan ikke kalle det organisasjonslæring når enkeltmedlemmer i en organisasjon lærer og endrer atferd. Først når læringen nedfeller seg i organisasjonen på en slik måte at den også blir retningsgivende for organisasjonsmedlemmenes senere handlinger, kan vi snakke om organisasjonslæring.

Årsaken til at en slik nedfelling av kunnskap i organisasjonens ikke skjer kan være mange. I det profesjonelle byråkrati må gjerne endringer skje gjennom at profesjonene selv endrer sine normer og verdier. Dette skjer som regel via profesjonsorganisasjonene og utdanningsinstitusjoner. Hvis ikke prosessen med nedfelling av ny kunnskap i organisasjonen skjer gjennom eksempelvis endrete rutiner, nye prosedyrer og lignende kan man si at bare enkeltmedlemmene i organisasjonen har lært. Risikoen vil da være at man mister verdifull kompetanse ut av organisasjonen sammen med enkeltansatte som av ulike årsaker forsvinner. For å forhindre dette vil det være viktig at bedriften har en kultur der de ansatte kan dele kunnskap med hverandre. En slik kultur kan redusere muligheten for å miste kompetanse

sammen med enkeltansatte. Når de ansatte deler kunnskap med hverandre kan kunnskapen blir en del av organisasjonens ”hukommelse”. Det vil være en viktig lederutfordring å legge til rette for at man overfører individuell erfaringsbasert læring til organisasjonsmessig læring.

Ifølge Nordhaug(1998) forutsetter det å ha fokus på kompetanseutvikling i en organisasjon at lederne på alle nivå i organisasjonen gjennomfører kompetanseutvikling som en overordnet prosess med flere faser. Det vil ikke være nok å ha fokus på kompetanseutvikling i sin alminnelighet fordi man da i for liten grad tar hensyn til organisasjonens helhetlige læring. Nordhaug(1990) er opptatt av at man må se på bedriftens framtidige kompetansebehov i sammenheng med dagens behov. Arbeidet med kompetanseutvikling innebærer da å se på ulike løsninger for anskaffelse, organisering og utnyttelse av kompetanse. Alle delene bygger på hverandre og hensikten er at man fortløpende evaluerer hver del slik at man kan vurdere hvordan man videre bør utføre oppgavene. En slik tankegang innebærer at hvis arbeidsgiver ønsker å øke kompetansen blant personalet i en bedrift vil det være viktig å planlegge dette systematisk, eksempelvis gjennom å sette ekstern rekruttering og intern læring i system.

2.7 Peter Senge

Det er ikke bare i helsesektoren man har fått interesse for lærende organisasjoner. Siden 1990-tallet har litteratur om lærende organisasjoner og hva som skaper vekst og utvikling både for mennesker og virksomheter økt kraftig i omfang. Samtidig har det skjedd en endring i begrepsbruken. Fra Levitt og March som snakket om læring i organisasjoner til Senge og Nonaka som er opptatt av å diskutere vilkår i lærende organisasjoner og kunnskapsorganisasjonen.

Senge beskriver en lærende organisasjon som en organisasjon som kontinuerlig forbedret evnene sine til å skape sin egen fremtid (Hustad, 1998:40). I boken *The Fifth Discipline: The art and practice of the learning organization*(1990) presenterer Senge hvordan man skal gå fram for å skape en lærende organisasjon. Det eneste varige konkurransefortrinn vil være evnen til å lære fortere enn konkurrentene sine (Senge, 1991:9). Derfor skal man glemme gamle og forslitte ideer om ledelse, den mest vellykkede bedrift i 1990-årene vil være den lærende organisasjonen.

Utgangspunktet er at vi fra vi er små blir opplært til reduksjonisme. Med det menes at vi deler alle problemer opp i små biter, for på denne måten lettere å kunne mestre komplekse oppgaver og forstå innviklede spørsmål. Senere i livet må vi betale en høy pris for denne oppdelingen, gjennom at vi har tapt vår naturlige evne til å se større sammenhenger (Senge, 1991:9). Problemet er at hvis man ikke har systemmessig orientering har man heller ikke mulighet for å se hvorledes de ulike læringselementene henger sammen og griper inn i hverandre (Senge, 1991:18). Når vi ønsker å bygge ”lærende organisasjoner” må vi gi slipp på illusjonen om at verden består av atskilte og usammenhengende krefter og tenke helhetlig.

Senge sin definisjon av en lærende organisasjon er:

”Organizations where people continually expand their capacity to create results they truly desire, where new and expansive patterns of thinking are nurtured, where collective aspiration is set free, and where people are continually learning how to learn together.” (Senge, 1991:3).

En lærende organisasjon vil være et sted der mennesker i felleskap hele tiden utvikler sin evne til å skape resultater de virkelig ønsker. Slike organisasjoner har oppdaget hvordan de kan vekke til live menneskenes motivasjon, og bruker dette for å fremme evnene deres til å lære på alle nivåer i organisasjonen (Senge, 1991:10). Det som er forskjellen på lærende organisasjoner og tradisjonelle, autoritære, ”kontrollerende” organisasjoner er om man behersker visse grunnleggende disipliner (Senge, 1991:11). Derfor vil de utfordringene organisasjoner står ovenfor være et spørsmål om å mestre fem ulike disipliner. Senge skiller mellom personlig mestring, mentale modeller, felles visjon, gruppelæring og systemtenkning. Felles for alle disiplinene er at de dreier seg om hvordan enkeltindividene i organisasjonen tenker, ønsker, samhandler og lærer av hverandre. Tilsammen skal de fem disiplinene danne et fundament for å bygge og ivareta læring i organisasjonen. Disiplin i denne sammenhengen kan da forstås som et aktivitetsområde der det gjelder å være i besittelse av visse kunnskaper og ferdigheter.

Disiplin 1 personlig mestring

Disiplinen personlig mestring dreier seg om at vi bruker så mye tid på å slite med problemer underveis at vi glemmer hvorfor vi egentlig befinner oss på veien (Senge, 1991:147). Det å utvikle personlig mestring vil derfor omfatte to deler, en klarlegging av hva som er våre

personlige visjoner og en utvikling av evnen til å se vår nåværende virkelighet. Vi kan ikke nå de målene vi ønsker oss hvis vi ikke har det klart for oss hvor vi befinner oss i utgangspunktet. En slik klarlegging av dagens ståsted i forhold til hvor vi ønsker å være vil ifølge Senge(1991) skape en kreativ spenning i oss. Denne kreative spenningen vil videre skape et behov i oss for å finne en løsning på hvordan vi kan nå dit vi egentlig ønsker å være. Det vesentlige i disiplinen personlig mestring vil derfor være om vi klarer å opprettholde en slik kreativ energi. For å få dette til må man hele tiden ha nye mål å strekke seg mot. Hvis man praktiserer denne typen læring i hverdagen vil man aldri kunne bli utlært, men være i en prosess av livslang læring.

Et kjennetegn ved profesjonelle yrkesutøverne er at de gjerne har ulike visjoner og mål for seg selv som fagpersoner og for yrket som helhet. De ønsker å utvikle seg videre som fagpersoner samtidig som de vil være med på å forbedre faget som helhet. Hvis man setter dette i sammenheng med Senge sin teori kan man si at yrkesutøveren kan ha et ønske om personlig mestring. De kan ha en visjon om å kunne gi av sin kunnskap samtidig som de ønsker å få utvikle seg videre som fagpersoner.

Som nevnt er sykehusene organisasjoner som preges av sterke profesjonskulturer. Dette gjør at det ikke alltid vil være like legitimt å utforske sine egne overbevisninger og visjoner. Hvis samtidig miljøet i sykehusavdelingen har liten interesse for å legge til rette for refleksjon og personlige visjoner kan det være vanskelig for den enkelte å komme i gang med sin læringsprosess slik Dreyfus og Dreyfus beskriver. Sykepleiekulturen med sine normer og verdier kan virke som hindring for en sykepleier som ønsker å forfølge egne visjoner. Nye sykepleiere vil raskt sosialiseres inn den allerede eksisterende kulturen i sykehusavdelingen. Hvis kulturen ikke verdsetter endring og ny tankegang kan den medvirke til at nye sykepleiere heller ikke gis mulighet for å ta i bruk ny kunnskap som de har med seg. Bjørk(2001) refererer til sin undersøkelse der sykepleierne sa at de stadig levde i et spennings- eller konfliktfelt mellom sine idealer og postenes virkelighet. Rammene som ligger i organisasjonen kan på denne måten virke som en hindring for å forfølge de målene den enkelte sykepleier har satt seg. For et menneske som går inn for sin egen vekst vil det være svært viktig å ha støtte i omgivelsene (Senge, 1991:177). Hvis denne støtten ikke er tilstede kan det bli vanskeligere for en ansatt å strekke seg mot målet om personlig mestring.

Når man fremmer læring vil dette kunne sees på alle nivå i organisasjonen. Læring knyttes da til ulike praktiske situasjoner i hverdagen. I en lærende organisasjon vil miljøet preges av dialog om hva som er meningsfullt og viktig. Gjennom å verdsette andres ideer og gi konstruktive tilbakemeldinger på deres arbeid kan de ansatte støtte hverandre i arbeidet med å finne fram til og forfølge personlige mål. Det vesentlige vil ifølge Senge(1991) være at det å lære ikke betyr å tilegne seg mer informasjon, men å øke evnen til å skape de resultatene som vi virkelig ønsker å få ut av livet. En forutsetning for at dette skal skje i en sykehusavdeling vil være at det oppfattes som legitimt at den enkelte utforsker egne visjoner og mål.

Ingen kan tvinge andre til å utvikle seg. Vi kan bare skape omgivelser som oppmuntrer og støtter mennesker som ønsker å øke sin egen personlige mestring (Senge, 1994:193). Hvis man prøver å presse andre til personlig mestring kan dette virke mot sin hensikt. Senge(1991) skriver at det kan få svært negative følger hvis man blir for pågående når det gjelder å fremme personlig mestring overfor sine medlemmer. Den viktigste ledelsesstrategien for å fremme disiplinen om personlig mestring vil derfor være å gå foran med et godt eksempel (Senge, 1991:177). Gjennom at lederen selv går inn i sin egen personlige mestring kan hun være et forbilde for de ansatte. Når lederen praktiserer og snakker om disiplinen kan hun også inspirere medarbeiderne til å gå inn i sin selvutvikling.

Disiplin 2 mentale modeller

Mentale modeller påvirker hvordan ulike sammenhenger oppfattes, dermed former de hvordan organisasjoner og mennesker handler. Senge(1991) eksemplifiserer dette med at hvis vi tror at mennesker er upålitelige så vil vi opptre annerledes enn hvis vi tror de er til å stole på. Et slikt tillitsforhold kan avsløre viktige verdier i en organisasjon, og dernest også om kulturen er en positiv eller negativ i forhold til læring i organisasjon.

Kulturen i en organisasjon kjennetegnes ved at normer og verdier er internalisert, det vil si at de tas for gitt av det enkelte organisasjonsmedlem. Dette innebærer at folk ikke selv trenger å være klar over hva som styrer deres handlinger. En sterk kultur kan med andre ord påvirke de ansattes holdning til kunnskap og læring. Senge(1991) viser til Argyris handlingsteorier og skriver at: ”Selv om mennesker ikke (alltid) opptre i samsvar med sine erklærte teorier(dvs. hva de sier), opptre de i samsvar med sine teorier-i-bruk(dvs. sine mentale modeller).” (Senge 1991:178). I en organisasjon kan inngrodde forestillinger om hvordan verden er

begrense oss til å velge kjente måter å tenke og handle på og dermed føre til at ny kunnskap ikke tas i bruk. Disiplinen mentale modeller innebærer at vi må gå inn og justere på våre indre bilder av verden. Hvis ikke vi gransker nærmere de mentale modellene som styrer handlingene våre vil de kunne begrense organisasjonens operative område til det som allerede er kjent og bekvemt (Senge, 1991:191). Siden alle løsninger ikke nødvendigvis ligger innenfor det området vi vanligvis leter etter svar eller tror er mulig kan vi da miste muligheten for å se mange løsninger på problemet.

Både organisasjonsstrukturen og kulturen kan være med å påvirke hvilke områder man leter etter løsninger innenfor. I et sykehus vil sykepleierne gjerne lete etter svar innenfor det medisinske fagområdet som strukturen definerer som relevant for den enkelte. Profesjonskulturen vil også sette rammer for hva som er sykepleiernes fagfelt. Slike kulturer er bare delvis bevisst og profesjonene stiller derfor ikke spørsmål ved dem (Marnburg, 2001: 91). Gjennom utdannelsen lærer sykepleierne kognitive og tankemessige kart for hvordan problemer skal analyseres og angripes. Ny kunnskap som ikke stemmer overens med denne kunnskapen, vil enten ikke bli akseptert i det hele tatt, eller bare bli nølende akseptert. Årsaken til dette er at alle former for profesjonell opplæring innpoder en viss mengde nærsynthet i de menneskene som blir utdannet (Nordhaug, 2000: 207). Læringen som da skjer i ettertid vil lett bli preget av enkeltkretslæring, der man tror på de allerede uttrykte teoriene som man har med seg. I en del tilfeller kan det være klart at måten en gjør tingene på fungerer dårlig. Problemet tas opp og erkjennes, men når en skal løse problemet gjør man som man alltid har gjort. Årsaken til denne løsningsmetoden kan være at kompetansen man allerede har hindrer en i å skaffe seg ny kunnskap.

Disiplinen mentale modeller begynner med å snu speilet innover – å lære å oppdage våre indre bilder av verden, bringe dem opp på overflaten og underkaste dem en streng granskning (Senge, 1991:14). Dette bør man gjøre for å unngå at de mentale modellene skal virke som en begrensning. I felleskap kan man utfordre egne og felles modeller. Slike refleksjoner kan deretter skape grunnlag for at man danner nye mentale modeller. Hvis man setter sammen grupper med personer som har svært lik bakgrunn og erfaring for å utfordre mentale modeller kan dette kunne virke mot sin hensikt. Der alle tenker likt, tenker ingen mye (Glosvik, 1998: 111). I et sykehus ville et eksempel på en slik lik gruppesammensetning kunne være ansatte fra samme medisinske fagområder. I en lærende organisasjon vil det dermed være villighet til

å gå dypere inn i og stille spørsmål ved selve grunnlaget for problemene som viser seg i hverdagen også på tvers av fag- og yrkesgrupper.

Samtaler der man tar de mentale modellene fram til diskusjon og granskning kan også være potensielle læresituasjoner for mindre erfarne sykepleiere. Slik brødrene Dreyfus og Dreyfus beskriver vil novisen ikke klare å se den kompliserte helheten, men heller se på enkeltelementene hver for seg. Gjennom å få være del av en kollektiv refleksjon rundt faglige spørsmål kan hun få del i andre mer erfarne yrkesutøvere sin kunnskap. I den praktiske hverdagen møter novisen mange komplekse situasjoner som hun ikke har forutsetninger for å se løsningene på. Gjennom å diskutere slike situasjoner med andre mer erfarne yrkesutøvere kan hun få hjelp til å se hvordan hennes egne mentale modeller styrer atferden.

I dette arbeidet vil også ledelsen ha en sentral rolle. Ingen kan tvinges til å utfordre sine mentale modeller derfor vil det være viktig å fremme et miljø der det er mulighet for å reflektere over felles mentale modeller. Lederen har en viktig oppgave i å identifisere og problematisere de ulike grunnleggende antagelsene (Høst, 2005:210). Gjennom at lederen hjelper medarbeiderne sine i å utvikle nye modeller kan de selv settes i stand til å lære å løse problemer bedre. Problemet vil være hvis ikke ledelsen selv ønsker å teste og utfordre sine eksisterende mentale modeller. Da kan det være vanskelig å skape vilje og evne til dette arbeidet blant de ansatte (Bakka mfl., 2004:325). Også her bør ledelsen gå foran med et godt eksempel ved å jobbe på tvers av profesjoner og medisinske fagområder i utforskning av mentale modeller.

Disiplin 3 felles visjon

I sitt hode og hjerte bærer hvert enkelt menneske med seg sine egne personlige visjoner. Gjennom en felles prosess der alle aktivt deler sine personlige verdsett med hverandre kan man skape en felles visjon i avdelingen eller organisasjonen (Hustad, 1998:41). Felles visjoner vil være de bildene som menneskene i hele organisasjonen bærer med seg (Senge, 1991:212). Dette vil ikke være felles oppfatninger som varer evig fordi de hele tiden må tas fram igjen og klargjøres. Derfor vil det til enhver tid vil være viktig å ha et miljø i organisasjonen der man kan klarlegge hva som er viktig for hverandre og hvordan man ønsker å jobbe for å nå disse målene. For å få til felles forpliktelse overfor visjonen vil det også være viktig at den gjenspeiler den enkeltes egen personlige visjon og ikke blir styrt fra toppen.

Hensikten med felles visjoner er å gi de ansatte en fellesskapsfølelse som gjennomsyrrer hele organisasjonen. På denne måten vil man kunne skape en enhet ut av alle de ulike aktivitetene som foregår. De ansatte ser da på seg selv som en del av en større helhet og opplever å være en del av et fellesskap der de jobber sammen for å nå felles mål. Hensikten med dette er at alle de ansatte da identifiserer seg med bedriften og de produktene den produserer.

Et sykehus kan ha mange og ofte motstridene mål. Eksempelvis har sykehusets styre og overordnet ledelse noen formulerte mål for sykehusdriften. Mens de ansatte har hver sine personlige mål knyttet til eksempelvis en faglig interessant jobb. Samtidig er de ansatte deltakere i ulike profesjonsgrupper som kan jobbe for å nå mål for den gruppen man tilhører. Problemet i profesjonsorganisasjoner er at de enkelte partene forfølger sine egne mål, mens den sentrale samordningen kan bli skadelidende (Bukve, 2000:160). Det kan da oppstå rivalisering mellom ulike faggrupper innen organisasjonen, eller mellom ekspertgrupper og det administrative systemet. Eksempel på dette kan være hvis ulike profesjonsgrupper er mest opptatt av seg selv og sine mål fremfor organisasjonens felles mål.

Det vil være en viktig lederoppgave å se alle de ansatte sine personlige visjoner og binde disse sammen til felles visjoner som også reflekterer organisasjonens overordnede mål. Eksempel på en slik felles visjon i sykehusavdelingen kan være å si noe om hvilke resultater avdelingen ønsker å nå i forhold til pleie og behandling. Til tross for at denne målsettingen er utarbeidet i et fellesskap vil lederen ifølge Nordhaug(2000) ha en vesentlig rolle i å legge til rette for virkeliggjøring av målene. Lederen bør dermed være seg bevisst på den rollen hun har når det kommer til å se på felles visjon som en mulighet for læring. Hensikten med å skape en felles visjon er ikke å frembringe lydighet, men å avdekke ”bildene av fremtiden” som fremmer ekte innsatsvilje og deltakelse (Senge, 1991:15). Når man lager en felles visjon vil de medvirkende få oppleve lojalitet til å jobbe sammen for å oppnå den felles visjonen. Problemet er at de fleste bedrifters visjoner er en persons eller en gruppes visjon som er påtvunget resten av organisasjonen (Senge, 1991:212). Når man lager slike visjoner vil de i beste fall føre til ordrelydighet hos de ansatte.

Disiplin 4 gruppelæring

I disiplinen gruppelæring er hensikten at deltakerne i en gruppe kan utvikle ferdigheter som gjør at gruppen til sammen kan utvikle en ”intelligens” og en evne som er større enn summen av den enkelte gruppedeltakers talent. Individuer lærer hele tiden og like fullt behøver det ikke å være noen organisasjonsmessig læring. Hvis grupper lærer vil de kunne bli et ”mikrokosmos” for læring gjennom hele organisasjonen (Senge, 1991:239). For å få til dette vil det være vesentlig med et miljø i gruppen der man er sammen i diskusjon og dialog.

Problemene knytte til overgangen fra individuell til kollektiv kunnskap skyldes blant annet at mennesker i en organisasjon leter etter problemer og løsninger innenfor det området de jobber. Struktur og kultur vil således påvirke hva slags område den enkelte yrkesutøver opplever det som relevant å ha fokus på. Hvis man har liten samhandling og kunnskapsutveksling mellom ulike fagområder vil dette kunne snevre inn mulighetene for læring i organisasjonen som helhet. Løsningen slik Senge ser det vil derfor være å utvide læringshorisonten ved at man jobber sammen i grupper. Hvis man passer på at gruppene består av ulike personer og yrkesgrupper vil man også kunne få til et større fokusområde for problemløsningen. Grupper bestående av kun personell med samme utdanningsbakgrunn vil i stedet for å lære noe nytt stå i fare for å forsterke det bildet av organisasjonen de allerede har.

I kompetanseberetningen konkluderte man med at den lave læringsintensiteten i helsevesenet blant annet skyldtes at arbeidet var organisert på en måte som i liten grad fremmet læring. I en sykehusavdeling jobber gjerne pleiepersonalet sammen i grupper med flere personer. Dette kunne være et godt utgangspunkt for læring, ved at sykepleierne blir trygge på å samarbeide og finner løsninger på problemene sammen. Det som kan skje er at sykepleierne i en presset hverdag allikevel jobber alene. Å gå alene kan bli sett på som å ta ansvar og være positivt ladet (Bjørk, 2001:6). Konsekvensen blir at til tross for gruppen jobber medlemmene alene, og har dermed små muligheter til påvirkning og stimulering av hverandre i læringsøyemed. En av årsakene til at det kan bli sett på som positivt å jobbe alene kan være tidspress. Sykehusene er under stadig større press om å øke produksjonen og redusere kostnadene. I en travelt hverdag kan man bli flink til å ”kutte svinger” og ikke alltid tenke like langsiktig. Eksempelvis vil møter som kunne blitt brukt til å diskutere aktuelle problemstillinger gjerne kortet ned til det absolutte minimum. Resultatet kan bli at når produksjonspresset øker blir de ”rom” man før hadde til kollektiv refleksjon mindre, noe som oppleves som en utarming av

læringsmiljøet (Akre, 1998:51). Arbeidsdagen blir da preget av ulike gjøremål som avløser hverandre uten at det ble tid til å stoppe opp og reflektere over hva man gjør.

I rapporten *Har kompetanseberetningen et grunnlag*(2003) slo man fast at en av de viktigste formene for læring i arbeidslivet er overføring av taus kunnskap. For at slik læring skal skje må kolleger ha kontakt med hverandre i arbeidstiden. Når de ansatte i en sykehusavdeling arbeider mye alene, reduserer man mulighetene deres for å dele kunnskap med hverandre. De ansatte kan heller ikke gi hverandre tilbakemeldinger på det arbeidet de utfører. Dette kan føre til at den kunnskapen som finnes hos enkeltindividene lett forblir individuell kunnskap.

Gruppelæring som disiplin begynner med en dialog der gruppemedlemmenes evne til å sette tidligere overbevisninger til side utfordres og endres i retning av å engasjere seg i å tenke som et felleskap. Disiplinen vektlegger viktigheten av å arbeide i samspill med andre der man kan utvikle gode dialoger og løse problemer i fellesskap. Senge(1991) peker på at læring i fellesskap er nødvendig nettopp fordi grupper og ikke individer separat, er den fundamentale læringsenheten i moderne organisasjoner. For at organisasjonen skal lære vil det derfor være viktig at grupper kan lære. Når en sykepleier i en avdeling tilegner seg ny kunnskap vil det være vesentlig at hun deler denne kunnskapen videre med de andre ansatte i avdelingen. Gruppen vil da kunne oppleve en mye raskere personlig vekst enn de ellers hadde fått gjennom å reflektere alene.

Som de andre disiplinene krever også gruppelæring trening. I moderne organisasjoner mener Senge(1991) at det er nettopp slik øvelse som mangler. Grupper kan være flinke til å diskutere, men ikke til å snakke sammen (Senge, 1999:38). Dette skyldes at folks behov for selvforsvar virker sterkt inn på hvordan gruppe fungerer. Hvis ikke den enkelte er seg selv dette bevisst vil det kunne undergrave læringen (Senge, 1991:16). For at grupper skal fungere som fora for læring er det med andre ord viktig å skape et miljø der man vektlegger dialog og ikke diskusjon der man må forsvare hva man mener. Fordi når gruppemedlemmene utveksler tanker og synspunkter gjennom en dialog kan gruppen som helhet øke kunnskapsnivået.

Den femte disiplin

Den femte disiplinen vil være den disiplinen som integrerer og smelter sammen alle de andre disiplinene til en enhet av teori og praksis (Senge, 1991:17). Denne sammensmeltingen vil

være vesentlig for at alle de fem disiplinene skal kunne utvikles parallelt. Hovedhensikten med den systemiske tenkningen i den femte disiplinen er at den skal hindre de andre disiplinene i å bli stående som enkle triks i organisasjonen. Senge sin teori bygger på at man ser de ulike disiplinene som en del av en større helhet. Alle disiplinene vil derfor henge sammen, gripe inn i hverandre og påvirke denne helheten. Gjennom å fremme hver enkelt av disiplinene vil vi hele tiden bli påminnet om at helheten kan bli større enn summen av de enkelte delene.

Altfor mange beslutninger og handlinger er preget av nærsynthet og kortsiktighet (Marnburg, 2001:39). Derfor innfører Senge disiplinen med systemisk tenkning som skal vise hvordan man kan tenke helhetlig. Organisasjoner som vil lære må øve seg på å se verden i et helhetsperspektiv. Mange av dagens løsninger vil bli morgendagens problemer, hvis en ikke ser organisasjonen som helhet. Senge(1991) skriver at løsninger som bare flytter problemer fra en del av systemet til en annen ikke blir oppdaget fordi de menneskene som ”løste” det opprinnelige problemet ikke er de samme som arver det nye problemet. Poenget er at en ikke kan endre en del av systemet uten at det får konsekvenser for andre deler.

Organisasjonsstrukturen kan her sees på som en bærebjelke i informasjonsflyten. Vi kan tenke oss en pasient som forflyttes fra overvåkingsavdelingen til medisinsk avdeling. Bare i forbindelse med denne ene pasienten kan personalet ved overvåkingsavdelingen ha høstet viktig lærdom. Det vil ikke være noen automatikk i å overføre all denne kunnskapen til medisinsk avdeling. Igjen kommer vi tilbake til hvordan de klassiske organisatoriske begrepene kan gi oss pekepinner i retning av lærende eller ikke lærende organisasjoner. Helsetjenesten er blitt stadig mer spesialisert og komplisert, noe som øker behovet for samarbeid og samhandling mellom ulike instanser. Senge sin helhetstenking vil dermed være viktig for at de ansatte skal kunne se at de er en del av en større sammenheng. Hvis det skjer en feil bør man lete etter årsaken til at feilen oppstod og gjøre noe med denne. Gjennom satsingen på forbedringskunnskap forsøker man å få denne tankegangen inn i utdanningsinstitusjonene som utdanner helsepersonale.

I et sykehus tilhører de ansatte i stor grad ulike profesjoner. Et av kjennetegnene med profesjoner er at de har oppgaver eller klienter som bare den profesjonelle yrkesutøveren kan ivareta (Strand, 2003:250). Dette innebærer at profesjonaliseringen monopoliserer arbeidsoppgaver, noe som kan vanskeliggjøre helhetstankegangen i sykehusene. Når

sykepleierne bare ser sine oppgaver og har mindre oppmerksomhet på helheten kan de lett forskyve problemer. Monopolisering av ulike arbeidsoppgaver slik vi ser i sykehusene vil også kunne stå i veien for det å dele kunnskap med andre enn andre yrkesutøvere enn de som tilhører samme profesjon. Et praktisk eksempel på dette fra sykehusene kan være at en avdeling har ledige senger, mens andre avdelinger har senger med pasienter på korridoren. Når spesialiseringen av arbeidsoppgaver fører til slike løsninger blir det lite helhetstenkning. Ifølge Senge(1991) deler alle da ansvaret for problemer som skapes av systemet. Hvis man skal unngå å skyve ansvaret for ulike problemer over på andre vil det være viktig å tenke på seg selv som en del av den større helheten.

Sykehusets ledelse spiller en viktig rolle i utvikling av et godt samarbeid mellom ulike avdelinger og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Et viktig arbeid her er å være forbilder for positive samarbeidsholdninger, men også å legge til rette for og gjennomføre ulike tiltak for samarbeid. Ifølge Øgar og Hovland(2004) vil slik kommunikasjon og samarbeid forutsette at man bygger arenaer for hvor dette kan skje. Eksempel kan være faste samarbeidsmøter og andre ordninger som er forankret i organisasjonen. Når man ønsker å fremme samarbeidsrelasjoner bør man vektlegge både kontinuitet og at gruppene består av ansatte på tvers av ulike profesjoner og medisinske fagområder. Gjennom å få kjennskap til hverandres faglige kompetanse og arbeidsmessige virkelighet kan man øke mulighetene for å få til et godt samarbeid i hverdagen.

2.8 Kritikk av Senge sin teori

Senge sin teori har fått kritikk fordi den beskriver en ønskedrøm. Blant annet Dehlin kritiserer Senges teori for å minne mer om magi enn vitenskap. ”Instead of viewing the world as it is, Senge creates a magic world of autonomous systems with minds of their own (Dehlin, 2004:1). Dehlin(2004) mener at organisasjoner finnes utenfor menneskene, mens Senge mener at de bare finnes som konstruksjoner som vi lager selv gjennom tankene og handlingene våre. Jeg forfølger ikke denne kritikken her, men vil påpeke at dette reflekterer grunnleggende ulike vitenskapsteoretiske syn mellom Senge og Dehlin.

Et annet særtrekk ved Senges teori er ifølge Gautschi(1995) at menneskene ikke ses på som passive, men som aktive deltakere i å forme sin egen framtid. Gjennom aktiv deltakelse kan de ansatte være med på å forme omgivelsene ut ifra hvilke de ønsker de måtte ha. De ansatte

selv skal oppleve å være en viktig brikke i en større helhet. Alle ansatte må derfor være med på å ta ansvar for helheten i organisasjonen samtidig som man hele tiden deler kunnskap og lærer av hverandre.

2.9 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg beveget meg fra kunnskap til Senge sin teori om lærende organisasjoner. Jeg har redegjort for begrepene kunnskap og kompetanse sett i lys av ulike perspektiver som preger helsearbeidere i deres daglige arbeid. Videre har jeg sett på begrepet kompetanse og der redegjort for teoretisk, praktisk og kulturell kunnskap. Dette vil være kunnskapstyper som man finner i alle former for yrkesutøvelse, men jeg har i eksempler vektlangt de ulike aspektene som kan prege helsearbeidere sitt arbeid.

Sykehusene kjennetegnes blant annet av store ytre krav til endring og utvikling, samtidig som kunnskapen rundt medisinsk behandling endrer seg raskt. Dette stiller krav til de ansattes evne og vilje til omstilling, noe lederne bør ta på alvor. Dagens kompetanse og løsninger trenger ikke å fungere på morgendagens problemer, noe som fordrer omstillingsevne ikke bare for de ansatte, men også for ledelsen. Dette har imidlertid vist seg gjennom kompetanseberetningen at man ikke er flinke til, arbeidet i sykehusene ble der konkludert som læringsfattig.

I kapitlet har jeg skissert mulige læringsbarrierer i organisasjonen. Det er redegjort for slike barrierer i struktur og kultur med særlig vekt på profesjonskulturen. Kulturen som preger ansatte i norsk helsevesen vil være med å påvirke organisasjonen gjennom at den setter standarder til yrkesutøvelsen for de ansatte. Eventuelle endringer kan i mange tilfeller sette spørsmålsteget ved profesjonen sine egne grunnleggende antagelser, noe som kan generere motstand. Enhver arbeidstaker har med seg sin individuelle kompetanse inn i organisasjonen. Denne kunnskapen bærer individet på alene og vil ikke uten videre dele denne med andre. Ulike sider ved organisasjonen kan være med på å påvirke i hvilken grad det er mulig for de ansatte å dele kunnskap og lære av hverandre.

Gjennomgangen i dette kapitlet avsluttes med Senge sin teori om lærende organisasjoner som vektlegger at man må tenke helhetlig i en organisasjon. Teorien tar utgangspunkt i fem disipliner som til sammen vil kunne fremme læring i en organisasjon. Disiplinen personlig mestring vektlegger betydningen av at hver enkelt får mulighet for å forfølge sine egne

personlige mål. I et sykehus kan dette bli vanskelig fordi sterke profesjonskulturer setter rammer for yrkesutøvelsen til den enkelte ansatte. Disiplinen mentale modeller dreier seg om at man gjennom refleksjon kan bli oppmerksom på og granske modellene nærmere. I en sykehusavdeling vil de ansatte utgjøre en relativt homogen gruppe av ansatte. Problemet vil da være om man virkelig gransker de mentale modellene eller om alle tenker relativt likt slik at man bare støtter opp under allerede eksisterende modeller.

Senge sin tredje disiplin er felles visjon. Hvis man binder alle de ansatte sine mål sammen i en felles visjon vil man kunne oppnå at alle jobber mot det samme målet. Det vil ikke nødvendigvis være mulig å binde sammen de mange og ofte motstridende målene som kan finnes i en profesjonsorganisasjon. Gruppelæring som er den fjerde disiplinen vektlegger at hvis man deler kunnskap med hverandre i et felleskap kan den samlede kunnskapen bli så mye større. Problemstillingen her vil være i hvilken grad det er mulig å få ulike yrkesgrupper til å dele kunnskap med hverandre. I en profesjonsorganisasjon er monopolisering av kunnskap en del av profesjonaliseringen. Denne monopoliseringen vil også få konsekvens for den femte disiplin som dreier seg om å se organisasjonen som en større helhet. Ved at den monopoliserer arbeidsoppgaver mellom ulike yrkesgrupper.

3.0 Metodisk tilnærming

I dette kapittelet redegjøres det for de metodiske valg som gjort for å belyse studiens problemstilling og for å oppnå oppgavens hensikt og mål.

Enhver undersøkelse vil begynne med et spørsmål som man ønsker å finne svar på. Det å stille spørsmål og formulere disse til en problemstilling vil være den mest sentrale delen i enhver studie. Hvordan man videre går fram for å kaste lys over problemstillingen vil bestå av en rekke valg blant mange muligheter i forhold til hvordan en skal skaffe, bearbeide og analysere relevant informasjon (Hellevik, 2002:1). Under de påfølgende hovedpunkt vil jeg derfor konkretisere valg av fremgangsmåte for studien. Deretter blir det i de påfølgende avsnittene beskrevet hvordan undersøkelsen ble gjennomført fra første forespørsel om innpass til hvordan datamaterialet er analysert og tolket. Reliabilitet, validitet og etiske overveielser beskrives både indirekte og i egne avsnitt til slutt.

3.1 Kvalitativ metode – kvantitativ metode

Når man skal belyse en problemstilling kan man velge blant flere forskningsmetoder. Vanligvis skiller man mellom kvantitative og kvalitative metoder. Forskjellen på metodene refererer i stor grad til ulikheter i data og hvordan man behandler dem. Ifølge Thagaard(2002) vil kvalitative metoder kjennetegnes ved at de går i dybden, mens kvantitative metoder vektlegger utbredelse og antall. Med andre ord kan man si at bruk av en metode gir en type data, mens bruk av en annen metode gir en annen type data. Kvantitative data kjennetegnes ved at de er målbare, det vil si at dataene kan uttrykkes i tall. Det viktigste skillet mellom kvalitative og kvantitative data vil derfor være om informasjonen kan uttrykkes i tall eller tekst (Grønmo, 2004:79). Kvalitative data vil i motsetning til kvantitative data si noe om egenskapene ved undersøkelsesenheter som ikke kan tallfestes. Det vil si at kvalitative data foreligger i form av tekst eller verbale utsagn.

I denne studien har jeg valgt en kvalitativ metode for datainnsamling. Fordelen med kvalitative tilnæringsmetoder er ifølge Repstad(2002) at de beskriver nyansert ”det som finnes”, og er mindre opptatt av hvor ofte det finnes. Ved å velge en kvalitativ metode kan jeg øke muligheten for å forstå atferd og situasjoner slik de oppfattes av de som undersøkes. Problemstillingen har hovedfokus på hva avdelingslederne gjør, ikke nødvendigvis hvor ofte

de utfører ulike handlinger. Gjennom å velge en kvalitativ metode kan jeg innhente detaljerte data om de ulike ledernes tanker og handlinger.

3.2 Intervju

Når man skal samle inn kvalitative data presenterer Grønmo(2004) tre muligheter: deltagende observasjon, uformell intervjuing og kvalitativ innholdsundersøkelse. Jeg ønsket å få svar på hva sykepleielederne gjorde i forhold til kompetansearbeid i avdelingene de hadde ansvaret for og valgte derfor å bruke intervju som datainnsamlingsmetode. Samtalen kan være et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer om sin situasjon (Thagaard, 2002:11). Med bakgrunn i oppgavens problemstilling og tiden jeg hadde til disposisjon ble intervjuer valgt som en hensiktsmessig metode for innsamling av dataene.

Jeg var i utgangspunktet klar over at bruk av intervju alene hadde sine begrensinger. Problemstillingen kunne blitt bedre og grundigere belyst dersom jeg hadde brukt andre metoder parallelt. Eksempel på dette kunne vært å observere informantenes atferd i avdelingen eller gjennomført en spørreundersøkelse blant personalet i avdelingen om deres erfaringer i forhold til lederatferd. Årsaken til at jeg valgte å ikke gjennomføre slike parallelle undersøkelser var begrensninger som egne forutsetninger og ressurser som tid.

Når man skal gjennomføre et forskningsintervju kan man velge i hvilken grad man ønsker å strukturere og formalisere dette (Fog, 1994:12). Intervjuet kan være alt fra å ha en form og fremgangsmåte som ligner et spørreskjema med fastlagte spørsmål og til den helt ustrukturerte og frie samtale. I utgangspunktet ønsket jeg at informantene skulle kunne snakke mest mulig fritt innenfor de temaene jeg hadde interesse av å få informasjon om. Samtidig hadde jeg lite erfaring som intervjuer. Derfor valgte jeg å bruke uformelle intervju som datainnsamlingsmetode. Ved uformelle intervju vil intervjueren bruke en intervjuguide, som gir generelle retningslinjer for gjennomføringen og styringen av samtalen (Grønmo, 2004:127). Hensikten med intervjuguiden er å hjelpe intervjueren til å holde retningen i samtalen, samtidig som den vil sikre at en får informanten til å snakke om alle temaene i løpet av intervjuet. Ellers vil kjennetegn ved et uformelt intervju være at det skjer muntlig og at intervjueren styrer samtalen så lite som mulig, men lar informanten snakke.

Før jeg startet med gjennomføring av intervjuene lagde jeg en intervjuguide (Vedlegg 4). Denne beskrev i grove trekk hvordan intervjuet skulle gjennomføres og hvilke tema jeg ønsket å ta opp med informanten. Tanken var at denne skulle fungere som en plan for samtalene og som en sjekklister for meg. Intervjuguiden ble bygget opp rundt problemstillingen og Senge sine fem disipliner. Ifølge Kvale(2005) bør spørsmålene i en intervjuguide være tematisk relatert til intervjuemnene, til de teoretiske begrepene som ligger til grunn for undersøkelsen og den påfølgende analysen. Jeg prøvde derfor med utgangspunkt i Senge sin teori å sette opp relevante spørsmål som etterpå ble samlet i grupper og plassert under hver av Senges fem disipliner. Dermed inneholdt intervjuguiden fem tema der jeg hadde gruppert en del spørsmål under hvert tema som jeg ønsket å ta opp under intervjuet.

En av hensiktene med å bruke en såpass formell intervjuguide var at jeg kunne bruke denne til å forberede meg før intervjuene. I praksis viste det seg at under intervjuene fikk intervjuguiden en lite fremtredende rolle og fungerte etter intensjonen. Jeg kunne ha informantene i fokus og brukte bare intervjuguiden som en sjekklister slik at jeg fikk belyst alle temaene like grundig i flommen av informasjon som kom fra informantene.

3.3 Utvalg

Før man kan begynne med datainnsamlingen må man foreta et valg i forhold til hvem som skal intervjues. Her vil det være problemstillingen som avgjør hvem det kan være aktuelt å intervjuer, men utvalgsprinsippet bør være at de som intervjues bør være mest mulig ulike (Repstad, 2002:67). For å kunne oppnå en slik variasjon og unngå at en ender opp med "vanlige" tilfeller, må en søke etter et utvalg som vil dekke de ulikehetene som finnes innenfor det miljøet man fokuserer på i problemstillingen. En løsning kan være å lete etter dimensjoner som er relevante i forhold til undersøkelsens problemstilling eller teori, eksempel på dette kan være kjønn og alder. Et slikt utvalg vil være et strategisk utvalg. Det som kjennetegner et strategisk utvalg er at utvelgingen ikke bygger på tilfeldighetsprinsippet, men derimot på systematiske vurderinger av hvilke enheter som ut fra teoretiske og analytiske formål er mest relevante og mest interessante (Grønmo, 2004:88). For allikevel å sikre en viss heterogenitet bør man sørge for en viss spredning langs de dimensjoner man allerede har valgt ut (Ryen, 2002:85). I denne undersøkelsen burde jeg med andre ord unngå å intervjuer bare eldre kvinnelige sykepleieledere.

Problemstillingen i denne studien hadde fokus på sykehus og sykepleieledere. For å begrense enkelte kontekstuelle forhold som kunne påvirke informantenes beskrivelser, fant jeg det nødvendig at informantene arbeidet innenfor en og samme organisasjon. Dette skulle føre til at informantene i størst mulig grad forholdt seg til de samme rammebetingelsene. Noe som betyr at organisasjonsstruktur og ledelsesforhold dermed ville være tilnærmet lik for alle informantene.

For å kunne imøtekomme kravene om størst mulig grad av heterogenitet samtidig som jeg ville begrense kontekstuelle forhold satte jeg følgende kriterier til utvalget i undersøkelsen:

- Informantenes alder, erfaring og kjønn skulle i størst mulig grad gjenspeile variasjonen som finnes innen sykepleieledergruppen på de aktuelle institusjonene.
- Informantene skulle jobbe på ulike somatiske sengeposter med døgndrift som tilhørte forskjellige medisinske fagområder. Dette hadde betydning blant annet fordi jeg ønsket å få informasjon om mulighetene for samarbeid på tvers av ulike fagområder.
- Informantene måtte være ansatt i samme helseforetak.

Disse kriteriene førte naturlig nok til en overvekt av kvinnelige informanter da disse er i flertall i sykepleielederstillingene ved det aktuelle sykehuset. Jeg fikk imidlertid også intervjuet en mannlig sykepleieleder. Informantenes alder skulle kunne kjennetegne gjennomsnittlig alder hos sykepleielederne innen foretaket, samtidig som de jobbet innen alle de forskjellige divisjonene som var i helseforetaket.

Det kan være vanskelig å si et eksakt antall intervjupersoner på forhånd. I løpet av en undersøkelse kan også noen informanter trekke seg, eller falle fra av ulike årsaker. Med bakgrunn i tid og ressurser hadde jeg ti til tolv informanter som et greit utgangspunkt. Antallet informanter ble valgt med utgangspunkt i Ryen(2002) som skriver at i studentarbeid på lavere nivå vil antallet ofte omfatte i underkant av ti respondenter. Jeg endte til slutt opp med ni informanter, åtte kvinner og en mann. Ifølge Ryen(2002) er ikke det viktigste antall intervju, men den informasjonen de gir. En vil etter hvert nå et metningspunkt der nye intervju ikke lenger genererer ny innsikt. Når du begynner å tenke at du ikke lærer noe nytt av intervjuene, men at det hele veien blir ”mer av det samme”, kan det være greit å gi seg (Repstad, 2002:70). Ved de siste intervjuene erfarte jeg at de siste informantene i stor grad bare bekreftet dataene fra de første intervjuene. Da var det naturlig å ikke skaffe flere informanter til undersøkelsen, men avslutte datainnsamlingen.

3.4 Generalisering

Generalisering handler om at man vurderer i hvilken grad den informasjonen man har samlet inn er gyldig for andre tilsvarende situasjoner. En skiller mellom to ulike typer generalisering, statistisk og teoretisk generalisering. Statistisk generalisering brukes i forbindelse med kvantitative studier og bygger på sannsynlighetsteori (Grønmo, 2004:86). Teoretisk generalisering brukes ved kvalitative studier og tar utgangspunkt i teoretisk forståelse av de samfunnsforholdene som studeres (Grønmo, 2004:88). Teoretisk generalisering skjer ut fra to formål. Man kan bruke studien av utvalget til å utvikle begreper, hypoteser og teorier som ut fra teoretiske resonnementer antas å gjelde for hele universet av enheter. Man kan også studere utvalgte enheter med sikte på å utvikle en helhetlig forståelse av den større gruppen eller konteksten som disse elementene tilsammen utgjør (Grønmo, 2004:88).

I følge Grønmo(2004) vil det ikke være mulig å fastslå et eksakt antall respondenter man trenger for å trekke sikre slutninger som antas å gjelde for hele universet. En tommelfingerregel er allikevel at utvelgingen kan avsluttes når nye enheter i utvalget ikke tilfører ny informasjon. Når jeg i oppgaven valgte å avslutte datainnsamlingen etter ni intervju var dette ut ifra en vurdering om at flere intervju ikke ville tilføre vesentlig ny informasjon. I løpet av prosessen med datainnsamling så jeg etter hvert at mye av informasjonen gjentok seg. Siden ytterligere informanter etter all sannsynlighet ikke ville tilført nye data til studien, kan man trekke den slutning at informasjonen er gjeldende for hele universet. Med bakgrunn i dette kan studien teoretisk generaliseres.

3.5 Praktisk gjennomføring

I den følgende delen redegjøres det for framgangsmåten fra første henvendelse om innpass til analysen av data ble avsluttet.

Innpass

Når man velger å gjennomføre en datasamling innad i en organisasjon vil det være behov for å få en godkjenning fra ledelsen i organisasjonen. Undersøkelsen startet derfor med at jeg først muntlig, så skriftlig tok kontakt med sykehusets ledelse. Jeg informerte om undersøkelsen og bad om tillatelse til å kontakte aktuelle sykepleieledere med forespørsel om muligheten for et intervju. Prosjektet ble godkjent og arbeidet med å finne frem til informanter begynte. Jeg sendte ut et brev (Vedlegg 1) med informasjon om oppgaven til

aktuelle sykepleieledere og etter en ukes tid tok jeg kontakt med disse på telefon. Det ble da avtalt tid og sted for intervju.

Innsamling av data

Alle intervjuene ble gjennomført i sykepleieledernes arbeidstid, til avtalt tid på deres kontor eller annet egnet rom. Dette var avtalt på forhånd og det var liten grad av avbrytelser under intervjuene. Et av intervjuene ble avbrutt og måtte gjennomføres ved en senere anledning. Jeg brukte da litt tid på å referere hva vi hadde snakket om under den første delen før vi fortsatte selve intervjuet. På forhånd hadde jeg avtalt med alle informantene at intervjuene ville vare omtrent en time og dette ble overholdt. Alle intervjuene startet med at jeg informerte om at jeg ville bruke uformelt intervju og hva dette innebar. Informantene ble også informert om at alt de sa ville bli anonymisert i oppgaven. Få hadde spørsmål i forhold til oppgaven, og ingen hadde ønske om å trekke seg som deltaker.

Ingen av informantene hadde motforestillinger til at jeg tok opp samtalen. Diktafonen ble slått på før jeg begynte å stille spørsmålene i intervjuguiden slik at jeg kunne få opptak av hele samtalen. Jeg gjentok informasjonen som stod på samtykkeskjemaet muntlig og presiserte at båndene ville bli slettet så snart jeg hadde skrevet av intervjuet. Alle respondentene skrev også under på "informert samtykke" (Vedlegg 3). Informasjon om at intervjudataene skulle brukes som en del av masteroppgaveskriving ble også gjentatt for informantene før intervjuet startet. Hensikten med dette var at de som deltok skulle være informert om hva prosjektet handlet om og retten til å kunne trekke seg ut av prosjektet dersom de senere skulle ønske det. Underveis i intervjuet stilte jeg enkelte spørsmål for å avklare utsagn og for å lette analyse og tolkning i ettertid.

Intervjuene ble gjennomført i perioden mars-mai 2006. Dette var en periode med en del omorganiseringer i helseforetaket, der enkelte avdelinger skulle slås sammen. Endringene medførte at det var en del uro internt på sykehuset og flere av informantene gav også uttrykk for at dette påvirket deres hverdag.

Sykepleielederne var for det meste flinke til å holde seg til temaet og jeg syntes jeg fikk mye informasjon ut av hvert intervju. Hvis det var svar fra informantene jeg var usikker på om jeg hadde forstått riktig sjekket jeg dette ut med dem umiddelbart ved å spørre om jeg hadde forstått dem rett, og ved å fortelle hvordan jeg hadde tolket det de hadde sagt.

Ifølge Grønmo(2004) kan ikke lydopptak brukes direkte i dataanalysen. Derfor skrev jeg lydopptakene ordrett av. Dette ble i den grad det var mulig gjort samme dag som intervjuet ble gjennomført, slik at jeg kunne tilføye eventuelle notater til intervjuet. Hver informant fikk så tilsendt utskrift av sitt intervju til gjennomlesning og godkjenning, som en ekstra kvalitetssikring av dataene. Opptaket ble anonymisert til A, B, C osv. fordi jeg nå ikke lenger hadde behov for å kunne navngi hvem som hadde sagt hva. Jeg hadde dermed aldri behov for noen liste som kunne koble sammen informantens virkelige navn og kodenavnet. Etter at intervjuet var skrevet ut ble lydfilene slettet og tekstfilene oppbevart på PC med passordspærre.

Analyse og tolkning

Noe av det som kjennetegner kvalitative undersøkelser er at man ikke kan skille ut dataanalysen som en bestemt fase i studien. Kvale(2005) skriver at det vil være en sammenhengende linje mellom det å beskrive og fortolke som går på tvers av intervjuet og analysefasen. Analysearbeidet vil dermed hele tiden foregå parallelt med datasamlingen. Etterhvert som studien utvikles vil analysearbeidet få en stadig mer dominerende plass. Jeg valgte å bruke Kvale sine seks forskjellige trinn for analysearbeidet, der den intervjuede og intervjueren er sammen i de tre første trinnene.

På første trinn vil intervjupersonen uten noen særlig tolkning verken fra intervjuerens eller intervjuerens side beskrive sin livsverden. Dette gjennomførte jeg under intervjuene ved at jeg lot intervjupersonene snakke så fritt som mulig uten avbrytelser innenfor de temaene jeg hadde i intervjuguiden. På trinn to vil intervjupersonene selv kunne oppdage nye forhold ved temaene uten innblanding eller fortolkninger fra intervjuer. Dette erfarte jeg ved at flere av informantene kommenterte underveis at spørsmålene jeg stilte fikk dem til å reflektere over deres praksis i avdelingen. I et tredje trinn foretar intervjueren i løpet av intervjuet fortellinger og tolkninger av meningen med det intervjueren sier, og ”sender” meningen tilbake. (Kvale, 2005:122). Hensikten er at intervjupersonen da vil ha mulighet for å rette opp eventuelle misforståelser. Under intervjuene prøvde jeg å stille oppklarende spørsmål underveis hvis det var noe av det informanten sa som kunne virke uklart. Dette ble gjort for å avklare eventuelle misforståelser underveis og for å kunne unngå at utsagn blir feiltolket i det videre arbeidet med prosjektet.

På analysefasens fjerde trinn blir det transkriberte intervjuet tolket av intervjueren, enten alene eller sammen med andre forskere. Kvale(2005) deler denne analysen inn i tre deler: strukturering, klargjøring og den egentlige analysen. I denne studien ble alle lydbåndopptak skrevet direkte av, noe som førte til store mengder med tekst. Jeg leste gjennom stoffet flere ganger samtidig som jeg skrev smånotater i marginen. Etterpå begynte jeg arbeidet med å sortere teksten i ulike grupper. Analyse av kvalitative data vil ifølge Ryen(2002) alltid innebære å redusere datamengden. Jeg tok kopier av alle tekstene, klippet opp utskriftene og sorterte disse etter temaene i intervjuguiden. Flere av spørsmålene i intervjuguiden var overlappende i forhold til samme tema og svarene på disse ble derfor samlet. Jeg sorterte deretter utsagnene i tre kategorier: Kartlegging og klargjøring av målsetninger i forhold til kompetanse, deling av kunnskap og til sist hvilke rammer som påvirket kompetansearbeidet.

Ifølge Kvale(2005) vil det være i den egentlige analysen at intervjuenes mening utvikles. Dette innebærer at intervjupersonens egen forståelse skal hentes fram i lyset. Dette prøvde jeg å imøtekomme gjennom at jeg har presentert informantenes uttalelser uten omskrivninger i presentasjonen av data. Et femte trinn vil være gjenintervjuing. I denne studien ble ikke dette gjort, da jeg ikke fant det nødvendig å gå tilbake til informantene for å be om mer informasjon eller tolkninger. Et mulig sjette trinn ville være å forlenge tråden som går fra beskrivelse og tolkning til også å omfatte handling (Kvale, 2005:123). Intervjupersonene vil da begynne å handle på bakgrunn av den nye innsikten de har fått i løpet av intervjuet. Dette kan ha skjedd uten at jeg vet noe konkret om det. Flere av intervjupersonene kommenterte at de gjennom spørsmålene ble minnet på ting de tidligere hadde tenkt å igangsette i avdelingene. Kanskje har den påminnelsen de fikk gjennom intervjuet ført til at de begynte å iverksette de tiltakene de hadde tenkt på tidligere?

3.6 Reliabilitet og validitet

Når man skal vurdere hvor godt egnet en undersøkelse er for å gi et riktig bilde av det en ønsker å undersøke er reliabilitet og validitet sentrale begreper. Utrykkene refererer til datamaterialets pålitelighet og gyldighet. Reliabiliteten er høy hvis undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen gir pålitelige data (Grønmo, 2004:220). Mens validitet dreier seg om datamaterialets gyldighet for de problemstillingene som skal belyses (Grønmo, 2004:221).

Flere ledd i forskningsprosessen kan gi opphav til svekket gyldighet og pålitelighet. Eksempelvis kan intervjuguide, intervjusituasjon og forskereffekt påvirke innsamlingen av data og dermed påvirke både reliabilitet og validitet. Ved å beskrive hvordan studien er gjennomført er dette gjort rede for så langt som mulig, og jeg mener at informantenes beskrivelser også belyser oppgavens problemstilling.

Validitet

Å validere er å stille spørsmål (Kvale, 2005:169). For å vurdere validiteten i en undersøkelse kan man stille seg selv spørsmål som: Studerer jeg egentlig det jeg sier at jeg studerer? I hvilken grad måler jeg det fenomenet jeg ønsker å måle. Hvor godt besvarer dataene studiens problemstilling? For å vurdere validiteten i en kvalitativ undersøkelse beskriver Grønmo(2004) tre validitetstyper, kompetansevaliditet, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet.

Kompetansevaliditet dreier seg om forskerens erfaringer, forutsetninger og kvalifikasjoner i forhold til å samle inn data. Eksempelvis vil forskerens evne til å finne fram til og samle inn den informasjonen som er mest relevant for problemstillingen kunne få betydning for validiteten i undersøkelsen. Ifølge Halvorsen(2005) skyldes dette at forskeren kan være forutinntatt, og dermed bevisst eller ubevisst registrerer informasjon som støtter opp under konklusjonen, mens annen informasjon blir utelatt. For å hindre at dette skjer kan man la intervjuingen omfatte en grundig utspørring om meningen med det som blir sagt, og en kontinuerlig kontroll av informasjonen som gis – i form av en ”på stedet kontroll” (Kvale, 2005:165).

Det finnes også en kommunikativ tilnærming til validitetsbegrepet, som handler om å teste gyldigheten av ny kunnskap gjennom dialog. Forskeren kan gjennom dialog og drøfting med andre undersøke hvorvidt materialet er godt og treffende i forhold til problemstillingene i studien (Grønmo, 2004: 235).

Den tredje typen validitet er pragmatisk validitet. Denne typen validitet viser i hvilken grad datamaterialet og resultatene i en studie danner grunnlag for bestemte handlinger (Grønmo, 2004:236). Gyldigheten av kunnskap vil til sjuende og sist være avhengig av om den kan brukes til noe og ifølge Grønmo(2004) refererer pragmatisk validitet til sammenhenger der forskningen brukes til å utvikle en bestemt praksis. Dette er et begrep som først og fremst er

aktuelt innen aksjonsforskning. Eksempelvis der forsker og subjekter i en undersøkelse går sammen for å utvikle kunnskap i en sosial situasjon for så å overføre denne kunnskapen i praksis til nye handlinger.

Min forforståelse som forsker vil preges av min livserfaring og fagkunnskap. Jeg har selv sykepleiefaglig bakgrunn, noe som gjør at jeg kjenner forskningsfeltet godt fra tidligere. Jeg var selv nylig ansatt i helseforetaket som datasamlingen ble gjennomført i. En slik kjennskap til dette helseforetaket samt andre sykehus trenger ikke nødvendigvis å være negativ. Det viktige vil være at jeg som forsker er oppmerksom på å legge til side egne meninger og er åpen for informantens tanker og beskrivelser. Jeg prøvde selv å være bevisst på i så stor grad som mulig å gå åpent ut og sette min forforståelse til side for på den måten å kunne oppdage nye sider ved temaet jeg ønsket å belyse. Det at jeg selv har sykepleiefaglige utdanning og erfaring tror jeg var positivt gjennom at det gav meg et godt utgangspunkt for å forstå informantenes beskrivelser også når de brukte fagspråk. Jeg kunne også bruke min egen forforståelse i skjerpene retning gjennom at jeg kunne stille interessante spørsmål til informantene og at studien på denne måten kan få økt relevans for praksis.

Under intervjuene prøvde jeg hele tiden å sjekke med informanten at jeg forstod dem riktig. Dette ble gjort gjennom bruk av åpne spørsmål som eksempelvis: "Forstod jeg deg riktig når du sa at...". På denne måten prøvde jeg å unngå eventuelle misforståelser mellom informanten og meg. For å få med all informasjonen som kom under intervjuene valgte jeg å benytte lydbåndopptak. Når jeg i ettertid skulle skrive av disse opptakene kom problemstillingen om muntlig versus skriftlig språk opp. Å sikre validitet ved transkripsjon er ifølge Kvale(2005) komplisert fordi muntlig og skriftlig språk har forskjellige regler, og transkripsjoner er mer abstrakte enn den muntlige versjonen. Ved avskrivning av lydbåndene prøvde jeg derfor i den grad det var mulig å skrive samtalen direkte av. Det betyr at utsagnene i liten grad ble kortet ned selv om respondenten har lagt vekt på flere sammenhenger samtidig. For å sikre at jeg ikke hadde misforstått eller har mistet noe av informasjonen ble utskriftene sendt til informantene til godkjenning før de ble brukt videre i analysen.

Reliabilitet

Reliabilitet er et uttrykk for i hvilken grad vi kan stole på resultatene av undersøkelsen, altså om den er nøyaktig nok utført (Grenness, 2001:222). Reliabilitet dreier seg dermed om å

vurdere om det verktøyet som er brukt for å samle inn data er pålitelig. Høy reliabilitet vil bety at uavhengige målinger skal gi tilnærmet identiske resultater (Halvorsen, 2005:41). Dette innebærer at hvis en undersøkelse får tilnærmet like svar når den gjennomføres to eller tre ganger, vil undersøkelsen være reliabel. Imidlertid skriver Grønmo(2004) at det i kvalitative studier som regel ikke er mulig å teste og beregne reliabiliteten ved hjelp av standardiserte metoder. Årsaken til dette er at datainnsamlingen ved kvalitative studier foregår i nær tilknytning til analyse og tolkning. I praksis vil det vise seg å ikke være mulig å foreta nøyaktig samme målinger om igjen. Hvis "Per" skulle gjennomføre samme undersøkelse i dag som "Ola" gjennomførte i går ville han neppe få de samme svarene som "Ola". Årsaken til dette er ifølge Grønmo(2004) at undersøkelsesopplegget og datasamlingen er avhengig av når studien gjennomføres og hvem som gjennomfører studien. Dette innebærer at forskeren, forskerens framgangsmåte og den intervjuguiden som blir benyttet får betydning for påliteligheten i dataene.

Man skal være vis for å samle inn gode data (Ryen, 2002:88). I intervjusituasjonen vil forskeren bruke seg selv som instrument. Dermed vil intervjueren ifølge Grønmo(2004) utgjøre det viktigste leddet i opplegget. Forskeren kan påvirke selve interaksjonen i intervjusituasjonen på godt og vondt, noe som ofte blir kalt forskereffekt. Eksempelvis kan intervjueren være forutinntatt og søke de svarene han ønsker gjennom bruk av ledende spørsmål. For å unngå dette må forskeren kunne løfte seg ut av sin forforståelse og se tema med nye øyne. Som tidligere beskrevet prøvde jeg å sette min egen forutforståelse i bakgrunnen under datainnsamlingen. Til tross for dette vil min egen erfaring som sykepleier være en del av den personen jeg er. Dette gjorde at det var lett for meg å leve meg inn i informantenes hverdag. Jeg har prøvde å være bevisst på min rolle og selv kritisk prøvd å vurdere mitt eget arbeid.

Det er ikke nødvendigvis bare negativt å ha en så god kjennskap til det miljøet man studerer. Thagaard(2002) skriver at når forskeren i utgangspunktet er innenfor miljøet, får hun eller han et særlig godt grunnlag for forståelse av de fenomenene som studeres. For å unngå å påvirke informantenes svar prøvde jeg i størst mulig grad å la respondentene snakke uten avbrudd. For å sikre at jeg ikke misforsto det informanten prøvde å forklare stilte jeg noen oppklarende spørsmål underveis i intervjuet.

Ved intervjuundersøkelser kan forskeren eller den uvante sosiale situasjonen påvirke informantens svar. Tilsvarende kan egenskaper ved selve intervjuguiden ha betydning. Dette kan være i form av ledende formuleringer eller at spørsmål i begynnelsen av intervjuet påvirker senere svar. Dette har jeg prøvd å unngå gjennom at intervjuguiden ble utformet med mest mulig åpne spørsmål. Ifølge Thagaard(2002) vil det være fornuftig å stille spørsmål om informantens bakgrunn, utdannelse eller yrkeserfaring i begynnelsen av intervjuet. Denne typen spørsmål bidrar til å berolige informanter som føler seg usikre på hva det innebærer å bli intervjuet.(Thagaard, 2002:94). Intervjuguiden ble dessuten utformet på en slik måte at jeg ikke brukte spørsmål eller begrep som kunne være ukjente for informantene. Samtidig begynte jeg alle intervjuene med demografispørsmål.

Transkripsjon av intervju fra tale til tekst vil ifølge Kvale(2005) ha betydning for reliabiliteten. I denne studien var kvaliteten på opptakene av intervjuene bra, og det ble foretatt direkte avskrift uten fortolkninger i den grad det var mulig. Avskrift og opptak ble lest og hørt parallelt etter transkripsjon for å sikre nøyaktighet.

3.7 Etiske overveielser

I kvalitativ forskning er relasjonen mellom forsker og informant viktig. I løpet av en forskningsprosess vil forskeren ta ulike valg som kan få konsekvenser for de personene som studeres. Siden informanten kan bli berørt av forskningen er det nødvendig med etiske retningslinjer som definerer forskerens forhold til informanten (Thagaard, 2002:21). Jeg vil ta utgangspunkt i tre etiske regler for forskning på mennesker som beskrives av Kvale(2005), det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser.

Utgangspunktet for ethvert forskningsprosjekt er prinsippet om at forskeren må ha deltakerens informerte samtykke.(Kvale, 2005:23). Dette innebærer at intervjupersonene informeres om formålet med undersøkelsen, hovedtrekkene i prosjektet og ulike fordeler og ulemper med å delta. Et informert samtykke innebærer også at informantene blir informert om sin rett til å trekke seg fra prosjektet når som helst. I denne studien ble informert samtykke sikret gjennom at alle informantene mottok skriftlig og muntlig informasjon om oppgaven, samt at de skrev under på en samtykkeerklæring som var sendt dem på forhånd. På denne måten vil jeg si at alle informantene var tilstrekkelig informert til selv å vurdere om de ønsket å delta i studien.

Prinsippet om konfidensialitet innebærer at forskeren må anonymisere informantene før undersøkelsen presenteres. Dessuten innebærer prinsippet at ikke andre personer skal få innsyn i materialet hvis ikke informanten selv samtykker til dette. De som gjøres til gjenstand for forskning har krav på at all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt (Kalleberg, 2006:12). I den skriftlige informasjonen som ble sendt til alle deltakerne ble det gitt en garanti for at ved offentliggjøring av oppgaven ville sykehus, deltakere og alt datamateriale bli anonymisert. I oppgaven er derfor alle informanter og deres ulike arbeidsteder anonymisert gjennom at alle blir beskrevet som hun og henne, samtidig som arbeidsplassen ikke blir navngitt. Ved direkte referanse til en informant bruker jeg bokstaver som A, B, C... Anonymitetshensynet stiller også krav til oppbevaring av de innsamlede data. Jeg oppbevarte alt skriftlig materiale på pc med passord og eventuelle utskrift ble lagt i låsbart skap slik at de ikke var tilgjengelige for uvedkommende.

Konsekvensene av en intervjustudie bør vurderes med hensyn til mulig skade som kan påføres intervjupersonene, så vel som de forventede fordelene personen kan ha av å delta (Kvale, 2005:69). Stort sett vil nok informanter synes det er interessant og lærerikt å bli intervjuet. Det å fortelle om seg selv til en interessert lytter kan bidra til at informanten får mer innsikt i sin egen situasjon (Thagaard, 2002:26). Flere av informantene kommenterte at de hadde utbytte av å bli intervjuet. Spørsmålene jeg stilte til dem fikk dem til å reflektere over egen praksis samtidig som de ble minnet om ting de hadde tenkt på tidligere. Alle informantene var voksne personer og de ble ikke stilt noen personlige spørsmål som på noen måte skulle kunne være skadelig for dem.

3.8 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentert de metodiske valg jeg har gjort og begrunnelsen for disse. Dette har jeg prøvd å gjøre slik at det er mulig for andre å vurdere det metodiske opplegget jeg har brukt. I praksis vil derimot ikke alt kunne etterprøves fullstendig. Årsaken er at samtalsituasjonen mellom meg og informanten ikke kan gjenskapes. Dette er forhold som jeg sammen med min forforståelse har prøvd å ta hensyn til gjennom hele prosessen.

4.0 Presentasjon av data

I dette kapittelet vil funnene fra datasamlingen bli presentert. Gjennom intervju med ni sykepleieledere har jeg samlet inn data som skal gi svar på oppgavens problemstilling. Presentasjonen er organisert rundt de tre delspørsmålene som ble presentert sammen med problemstilling. Kapittelet er derfor delt inn i fire underkapittel, demografi, kartlegging og mål, refleksjon og deling av kunnskap samt rammer i organisasjonen som påvirker kompetansearbeidet. I presentasjonen vil spesifikke avdelinger, institusjoner og navn som kan gjøre informantene gjenkjennelige for andre, omformuleres til generelle begrep.

4.1 Demografi

Informantenes bakgrunn var forskjellig med hensyn til både alder, utdanning og erfaring i lederstilling. Gruppen av informanter bestod av en mann og åtte kvinner. Alle jobbet i stilling som avdelingsleder for en sengepost. Alderen på informantene varierte ved at tre ledere var under 40 år, fire i gruppen 41 til 50 år og to i gruppen 51-60 år.

Syv av informantene hadde formell tileggsutdanning ut over sin offentlige godkjenning som sykepleier. Seks av informantene hadde gjennomført ulike studier innen administrasjon og ledelse på høyskole. En av informantene som ikke hadde en eller annen form for lederutdanning gav uttrykk for at hun savnet dette i jobben som sykepleieleder. Tre av informantene hadde videreutdanning innen sykepleiefaget eksempelvis intensivsykepleier, videreutdanning innen onkologi og lignende. Fem hadde tileggsutdannelse innen veiledning og pedagogikk.

Avdelingene informantene hadde ansvar for varierte i størrelse, antall stillingshjemler og fagområde. Jeg intervjuet sykepleieledere ved divisjonene kirurgi, indremedisin og kvinne/barn. Antall personale i avdelingene varierte fra 23 ansatte i den minste avdelingen til 50 ansatte i den største. Personalet bestod av sykepleiere, hjelpepleiere og sykepleierstudenter som jobbet i ulike stillingsprosenter. Sengepostene hadde ulikt antall sengeplasser og tre av informantene hadde også ansvar for poliklinikk/dagkirurgi. Den minste sengeposten hadde 13 sengeplasser, mens den største hadde 30 sengeplasser.

Alle informantene har erfaring fra andre avdelinger ved sykehuset enn den de jobber ved nå. Fire av informantene hadde også jobbet ved andre sykehus, en har jobbet ved annen institusjon enn sykehus. Erfaring som leder varierte mellom informantene. Fire av informantene hadde mer enn 10 års erfaring i lederstilling, tre av informantene hadde mellom 3-10 års erfaring, mens to informanter hadde vært ansatt under 3 års i lederstillingen.

4.2 Kartlegging og mål

Beskrivelsene nedenfor belyser hvordan sykepleielederne tenker i forhold til arbeidet med å kartlegge nåværende kompetanse samt knytte sammen alle de ansattes mål om faglig utvikling til felles mål for avdelingen.

I arbeidet med å kartlegge kompetanse holdt nesten alle informantene fram medarbeidersamtalen som en mulighet for dette. Sykehuset har fastlagte rutiner for gjennomføring av medarbeidersamtaler, noe sykepleielederne blant annet brukte for å få tilbakemeldinger på hvilke tanker hver enkelt ansatt hadde i forhold til sin utvikling som fagperson.

B: ”Hva de ønsker og hvordan de har tenkt å nå målene sine. Så prøver jeg å tilrettelegge, hvis de da føler at de vil ha mer av noe, da må jeg tenke på å prioritere dem på kurs og hvis det er noe de ønsker den veien.”

E: ”Der tar jeg opp om det er noe de ivrer spesielt for om det er noe de kunne tenke seg mer påfyll på, om de har tanker om videreutdanning. Slike ting tar jeg på medarbeidersamtaler for å kunne imøtekomme noe for at de skal kunne videreutvikle seg i den retning de ønsker.”

I: ”Medarbeidersamtalen bruker jeg blant annet for å kartlegge avdelingen, problemer, ressurser og hva de skal jobbe videre med. Hva de syntes er bra, og hva de kunne tenkt seg hva de vil jobbe med og sånne ting.”

Informantene vektla at det under medarbeidersamtalene var satt av tid til å snakke med hver enkelt ansatt om hva han/hun ønsket å utvikle seg i forhold til og hvordan de planla å nå målene sine. Lederen hadde da mulighet for å si litt om hva de ansatte kunne forvente seg fra sykehuset og avdelingen i forhold til de målsetningene den enkelte ansatte hadde satt seg. I en travel hverdag var det flere av informantene som savnet muligheten til å gi den enkelte ansatte tilbakemeldinger på hvordan hun fungerte som fagperson. Medarbeidersamtalene ble derfor

også brukt som et forum der en kunne gi slike tilbakemeldinger til hver enkelt. Ikke alle informantene syntes at det å ha faste medarbeidersamtaler var nødvendig. En av sykepleielederne hadde sluttet med slike samtaler for noen år siden fordi det føltes unaturlig å ha slike systematiske samtaler med alle de ansatte. En annen informant gav også uttrykk for at hun kjente personalet i avdelingen så godt at det opplevdes som unødvendig med medarbeidersamtaler. Til tross for dette gjennomførte hun samtalene. De sa blant annet at:

C: ”Jeg tror at jeg kan si ganske mye om hver enkelt her, om hva de står for og hvem de er, vet hvor de er i livet sitt. Jeg synes at jeg har god oversikt over personalet, jeg vet egentlig hva de kan tenke seg.”

G: ”Det virket etter hvert veldig unaturlig for oss å sette oss for å snakke sammen fordi vi gjorde det jo hele tiden. Så det sluttet vi med. Jeg tror nok at jeg kommer til å få en beskjed om å begynne med det igjen.”

Et av fellestrekkene ved disse avdelingene var at de var preget av veldig stabilt personale som hadde vært der i mange år. Hvis det skulle være problemer av noe slag var lederne overbevist om at personalet ville komme for å snakke med dem. De så heller ikke noen hensikt i å kartlegge de ansattes kompetanse gjennom bruk av medarbeidersamtaler fordi:

G: ”Jeg vet hva de har vært på av videreutdanning og slik. I og med at jeg sender dem på kurs og vet at de har vært der.”

For et års tid siden hadde man ved en av divisjonene på sykehus A gjennomført en kartlegging av alle de fast ansatte i forhold til kompetanse og ønske om faglig utvikling. Sykepleielederne ved alle avdelingene hadde da hatt ansvaret for å dele ut og samle inn skjema som ble fylt ut av alle de fast ansatte i avdelingen. Kartleggingen omhandlet utdanning, arbeidserfaring, kurs samt behov og ønsker om videreutvikling. Foreløpig hadde ikke sykepleielederne ved divisjonen gjort noe videre med denne informasjonen. Som en av informantene bemerket at nå hadde hun en bunke papirer liggende som dokumentasjon av de ansattes kompetanse.

Noen av avdelingene hadde laget en liste over prosedyrer som de mente at alle sykepleierne måtte kunne. Meningen var at alle ansatte skulle utføre prosedyrene på listen sammen med

sykepleier 1 en gang i året som en kvalitetssikring og dokumentasjon for at de kunne prosedyrene. Hver enkelt ansatt hadde dermed ansvaret for å få fylt ut sin liste.

B: ”Nei, vi har en sånn dokumentasjonsliste som på en måte er en sertifiseringsliste. Der går vi igjennom hva vi kan og hva vi ikke kan. Det har alle et ansvar for. Vi har laget en liste over alle prosedyrer her, så har vi liksom på en måte overfor nyansatte. Så da blir de på en måte opplært – får en sertifisering på at nå har noen sett at du kan en sonde, så nå kan du det.”

E: ”Vi har laget en plan der det står detaljert alle prosedyrer og oppgaver som du må kunne som sykepleiere og eller hjelpepleier. Da er det planen at en skal gjennom dette en gang i året. Da er det primært sykepleier 1 som går gjennom det med hver enkelt.”

For at en sykepleier skal kunne utvikle seg som fagperson og kunne strekke seg mot de målene hun setter seg vil det være nødvendig med støtte og aksept i omgivelsene. Sykepleielederen vil her kunne være en viktig rollemodell for de andre ansatte i en sykehusavdeling. Hvis lederen er positiv til at ansatte går på kurs og videreutdanning kan hun være med på å påvirke miljøet i avdelingen til å være positivt innstilt til slike kompetanseutviklingstiltak. De fleste sykepleielederne sier at de delvis deltar ute i pleien noe som gjør dem til naturlige rollemodeller for de ansatte. I tillegg til å være aktivt ute i avdelingen, ga flere av sykepleielederne tilbakemelding om at de var opptatt av å motivere de ansatte til kompetanseutvikling.

En av avdelingene hadde laget en kompetansestige og brukte denne til stadig å motivere de ansatte gjennom veiledning og kurs til å gå videre på neste trinn i stigen.

A: ”Vi har bygd kompetansestigen opp rundt Patricia Benners teori, fra novise til ekspert. Så vi har bygd det ut ifra de fem trinnene og har lagt inn krav til det enkelte personalet for å være på det og det trinnet og krav til avdelingen om hva vi skal gjøre i forhold til dette.”

Kompetansestigen var bygget opp med krav til både den ansatte og avdelingen som måtte følges opp. På denne måten hadde avdelingen satt kompetanseutvikling for personalet i et system der både nyansatte og mer erfarne yrkesutøveres behov ble ivaretatt.

Alle informantene vektla behovet for å gi de ansatte konstruktive tilbakemeldinger på fagutøvelsen. Samtidig mente de at det var en viktig oppgave at de ansatte følte at de ble sett av lederen.

A: ”Dette her gjør du bra, jeg ser at du har utviklet deg gjennom samtaler muntlig, men også skriftlig gjennom notater til dem eks. med en liten lapp til dem – dette her klarer du bra og gir dem utfordringer videre ikke minst.”

C: ”Jeg prøver å være en god rollemodell. At jeg er aktiv ute i posten, støtter og oppmuntrer.”

G: ”Se dem, spør dem. Vi snakker mye om pasientene når vi sitter sammen, hva kan vi gjøre bedre, slike ting. At jeg er med i diskusjoner og ser personalet hvordan de jobber. Jeg tror det er på den måten og når vi samtaler, ”så lurt, det var bra det du gjorde der”, gi dem tilbakemeldinger om slike ting.”

Gjennom å gi de ansatte fortløpende tilbakemeldinger i hverdagen prøvde sykepleielederne å oppmuntre og motivere personalet til kompetanseutvikling. Samtidig var informantene opptatt av at tilbakemeldingene som ble gitt ikke skulle være tomt skryt, men en motivasjon for de ansatte til å utvikle seg videre. Flere ledere sa at de var opptatte av å gi konkrete tilbakemeldinger, blant annet:

E: ”Jeg synes det er viktig å se folk og det å gi tilbakemeldinger, det har jeg stor tro på. Jeg sier ikke slik som at ” du er så flink” det synes jeg er helt verdiløst, men å se dem i gitte situasjoner der de virkelig presterer noe, gjør noe bra og gir tilbakemelding på det.”

B: ”Jeg gir jo tilbakemeldinger, sånn konkret bruker vi ofte veiledningen. Da roser jeg dem, at de tar opp sånne ting og det gjør vi ofte i plenum gjennom at vi roser dem at de tør å ta opp sånne ting. At de viser at de har kunnskaper bak det å legge ned sonder og det med ernæring. Gi konstruktiv tilbakemelding at jeg syntes det er fint at de tok opp dette, det viser at du har kunnskap og takke dem da for at de løftet opp dette.”

Avdelingene lot den enkelte ansatte få følge opp sine egne faglige interesser ved å danne grupper med ansatte som skulle fungere som ressurspersoner innenfor ulike fagfelt. Det ble ifølge sykepleielederne oppfattet som positivt blant personalet å ha et slikt spesialfelt. De ansatte fikk da gå på relevante kurs i forhold til sitt spesialområde. Informantene fortalte at når sykepleiere tok videreutdanning innenfor et fagområde som for eksempel palliasjon fikk de gjerne ansvaret for tilsvarende fagområde i avdelingen. For å kunne bruke den kompetansen disse sykepleierne skaffet seg på en best mulig måte var det et ønske blant flere av sykepleielederne at de i større grad kunne frigjort dem for å bruke dem til veiledning og undervisning i avdelingen. Dette var imidlertid vanskelig å få til.

H: ”Vi har her på avdelingen to som har gått på videreutdanning i klinisk sykepleie 20 vt. Vi har jo et ønske om at de skal ha en spesiell funksjon, men vi klarer ikke å få dratt dem ut for å frigjøre dem på en måte. Slik at det er ikke særlig mye vi kan gjøre, annet enn å se i det daglige hva de har kompetanse på. Da prøver jeg å bruke dem i forhold til det.”

Avdelingene hadde ulik praksis i forhold til å arbeide med mål. Det var blant annet bare to av avdelingene som hadde satt seg mål i forhold til kompetansearbeidet i avdelingen. Disse avdelingene hadde da satt seg både kortsiktige og langsiktige mål. Eksempel på slike mål kunne være at: ”så og så mange av oss skal være videreutdannet på det om eks. to år”. En informant hadde laget avdelingens mål sammen med personalet etter å ha gjennomført en swotanalyse i avdelingen. På spørsmål om en nærmere forklaring på hva en swotanalyse var sa hun at:

F: ”De ansatte sier hvilke styrker avdelingen har, hvilke svakheter, hvilke muligheter og hvilke trusler. Så gjorde vi en kartlegging på bakgrunn av dette og så kom vi fram til mål og satsingsområde for avdelingen.”

Målene i flere av avdelingene var til dels gamle og var i liten grad laget med hensyn på de enkelte ansattes personlige mål eller organisasjonens overordnede mål. Flere av sykepleielederne hadde planer om å lage eller revidere gamle målsetninger, men var foreløpig ikke fått kommet i gang med dette arbeidet. Målene som eksisterte dreide seg i stor grad om at pasientene skulle få et faglig godt tilbud, men var som regel diffust formulert.

B: ”Vi har felles mål for pleietjenesten ”Vi utøver sykepleie av god kvalitet på medisinske pasienter”. Da hadde vi et konkret mål for pleietjenesten, hvordan ønsker vi at vår pleie skal være, hva er målet vi skal strekke oss mot. Da skal vi hele tiden tilse at vi gjør en god kvalitet på at vi – i presens – ”Vi utøver sykepleie av god kvalitet.”

C: ”Ja, det er pasienten i sentrum. Jeg har målsetningen, men jeg husker den ikke konkret i hodet. Det er noe om at pårørende skal behandles med respekt og, ja slik noe.”

I: ”For hvordan vi vil ha avdelingen blant annet, mål for hvordan vi skal være, mål for pasientene og mål for avdelingen. Hvordan vi skal ta i mot pasienter, hvordan vi skal behandle pasienter og hvordan vi skal være imøtekommende med pasienter og personalet.”

Til tross for at målene stort sett var laget av personalet i felleskap på personalmøter mente sykepleielederne at målene i liten grad var kjent for personalet. Flere av informantene sa at målene til stadighet var tema på personalmøter og de ble også tatt opp forbindelse med medarbeidersamtaler. Et par av sykepleielederne mente at de som ledere hadde en viktig oppgave i det å skape større bevissthet rundt avdelingens mål. Gjennom en slik bevisstgjøring mente de at de ansatte kunne gjøres oppmerksomme på avdelingens mål i det daglige arbeidet.

A: ”Først og fremst å få personalet til å skjønne at nå jobber du faktisk med å nå målene, om du er deg dette bevisst eller ikke. Jeg tror det er mye med bevisstgjøring hos personalet. Her tror jeg leder har det største ansvaret og slik skal det jo også være.”

B: ”Vi tar det opp. Vi har ikke hengt det ut i avdelingen, men det står jo i permen de får og vi jobber jo med det hele tiden. Jeg demonstrerte ”at vi skal strekke oss opp mot den der oppe” – vi skal aldri prøve å bli der men vi skal hele tiden bli bedre.”

En av sykepleielederne mente at arbeid med mål var lederens oppgave mens de ansatte skulle få merke resultatene av dette arbeidet etter hvert. Hennes erfaring var at personalet var lite interessert i avdelingens mål, men at målsetninger kunne være gode styringsredskap for lederen. Hun mente at derfor burde det være lederens ansvar å følge opp målene. Alle sykepleielederne oppfattet det som en viktig lederoppgave å jobbe med mål. Som informant B sa: ”Jeg mener det er det jeg måles på – og nå avdelingens mål.” Ivaretagelse av avdelingens mål var med andre ord en måte hun oppfattet at hennes arbeid som leder ble vurdert i forhold til.

Noen av informantene påpekte at man ikke nødvendigvis trengte å ha nedskrevne mål i avdelingen. En sykepleieleder forklarte det med at det i alle helsearbeidere lå det visse grunnleggende verdier i forhold til kvaliteten på den pleien man gav til pasientene. Hun mente at slike verdier lå til grunn for uuttalte mål som alt helsepersonale ville jobbe mot.

G: ”Det er de tingene man uttaler, men som ikke er nedfelt. ”Vi skal være de beste, vi skal ha fulle operasjonsstuer hver uke, vi skal aldri stryke pasienter fra operasjonsprogrammet” slike ting som ligger i oss, men som ikke er nedfelt.”

Det kunne dermed virke som om det var felles uuttalte mål som styrte de ansatte i det daglige arbeidet i avdelingen.

4.3 Refleksjon og deling av kunnskap

Hvordan avdelingen organiserer det daglige arbeidet vil få betydning for de ansattes muligheter til å lære av hverandre. Ulike aktiviteter som er med på å skape rom for refleksjon og læring vil være en del av de tiltakene ledelsen kan iverksette for at de ansatte skal kunne øke den faglige kunnskapen.

Det daglige arbeidet ble i de fleste avdelingene organisert etter en gruppesykepleiemodell. Denne organiseringen innebar at personalet som var på jobb blir delt opp i grupper på to til fire personer som så har ansvaret for en gruppe pasienter. En av sykepleierne hadde da ansvar for å administrere arbeidet innad i gruppen. Denne funksjonen ble kalt å være gruppeleder. Gruppelederen skulle fortløpende fordele arbeidsoppgaver, ta seg av papirarbeid, medisintdeling, legevisitt og lignende i forhold til de pasientene som gruppen hadde ansvaret for. Løsningen med inndeling i grupper førte til at alle sykepleierne i hver sin periode hadde ansvar som gruppeleder. For å skape kontinuitet i dette arbeidet hadde flere av avdelingene en fast gruppelederuke i personalets turnus. Når gruppelederansvaret ble fordelt var det i stor grad hensyn som kontinuitet som ble lagt til grunn for fordelingen. En av informantene brukte derimot konsekvent nyutdannede sykepleiere som gruppeleder. Hun mente at:

B: ”Fordi hvis du er nyansatt og nyutdanna sykepleier da gruer du deg fryktlig til å bli gruppeleder, hvis du skal være litt ute å bli kjent synes jeg bare er tull, jeg mener at du må først få rydda vekk det du gruer deg for. Da når du får være gruppeleder hele tiden når du er på jobb til det sitter, da kan du få lov til å være ute å være sykepleier.”

Gruppeleder var den som videre fordelte arbeidsoppgavene innad i gruppen. De fleste sykepleielederne mente at fordelingen da i stor grad ble etter prinsipper om antall hoder sett i forhold til antall arbeidsoppgaver. To av informantene mente imidlertid at gruppeleder også vurderte kompetanse når de fordelte oppgavene.

A: ”En pasient med mer kompleks problemstilling vil kreve en sykepleier, og kanskje en mer erfaren sykepleier. En sykepleier er aldri en sykepleier og en hjelpepleier er ikke en hjelpepleier. Så du med din kompetanse kan gå dit og du med din kompetanse kan gå dit.”

D: ”Det gir seg selv for det nå har vi hatt så dårlig med folk at det bare så vidt har vært en sykepleier ute og da blir det ofte at sykepleier følger opp de pasientene som ligger på enerom som har medikamentell behandling og smertepumper. Vi har også dyktige hjelpepleiere hos oss, men det tas hensyn til kompetanse i høyeste grad det gjør jo det.”

H: ”Sånn i utgangspunktet når en jobber her kan en jo en må fikse alle gruppene. Vi har ei som er utdannet palliativ sykepleier, hun får jo ofte kreftpasientene. Men jo da vi skjener til det og – men det er ingen absolutter her.”

Som nevnt tidligere hadde flere av avdelingene sykepleiere med definerte spesialfelt. Når det ikke var mulig å ta hensyn til slike spesialfelt ved fordeling av oppgaver, prøvde man å la personalet fungere som veiledere for de andre sykepleierne i sengeposten innen dette fagområdet.

E: ”De er jo ganske gode på sår disse sårkontaktene våre. Er det noen kompliserte sår så vil vi jo gjerne ha dem til å stelle, ihvertfall være med og vurdere det hvis det er pasienter med sår.”

Sykepleielederne begrunnet fordelingen av arbeidsoppgaver med at det som regel var lite personale på jobb samt at det var mange pasienter og arbeidsoppgaver som skulle fordeles i løpet av kort tid om morgenen. Dette førte til at det ikke var lett å skulle ta for mange hensyn når man fordelte arbeidsoppgavene. Behovet for kontinuitet og at pasientene skulle ha færrest mulig personer å forholde seg til var behov man prioriterte i fordelingen av arbeidsoppgaver. Samtidig skilte man mellom såkalte sykepleieroppgaver og hjelpepleieroppgaver. Arbeidsoppgaver som ble regnet for sykepleieroppgaver var da ulike prosedyrer hjelpepleierne ikke hadde lov å utføre eksempelvis i forhold til medikamenthåndtering.

Felles for alle avdelingene var at pleiepersonalet møttes om morgenen til en felles samling eller rapportgjennomgang. Det var da innført stille rapport i flere av avdelingene, noe som innebar at personalet satt og leste de skriftlige rapportene. Bruk av denne typen rapport innebar at personalet avklarte hvilke pasienter de skulle ha ansvaret for den dagen, for så å ta mappene med deres pasientinformasjon og lese disse. Når de ansatte hadde lest rapporten begynte de med det praktiske arbeidet ute i avdelingen. Denne organiseringen av arbeidet førte til at de ansatte i stor grad jobbet alene på hvert sitt rom. Hvis personalet jobbet sammen på et rom var det av praktiske årsaker eksempelvis at pasienten var nyoperert og at man dermed måtte være to pleiere for å kunne snu ham i sengen. En av sykepleielederne hadde prøvd å framsette et ønske om at personalet jobbet mer sammen. Hensikten hennes var at personalet da å kunne veilede og gi hverandre tilbakemeldinger på yrkesutøvelsen. Det hadde imidlertid vist seg ikke å være kultur for dette i avdelingen. Informanten sa:

H: ”Jeg skulle ønske at det var litt mer generelt at vi jobbet sammen, og at vi ba om reaksjoner når man kom ut av rommet. Hva syntes du om det når jeg gjorde sånn? Hvordan syntes du om – her dreier deg seg en del om hygiene. Det er ikke særlig enkelt, og jeg ser at folk har en tendens til å ”neimenn det klarer jeg lell, så bare gjør noe annet du.”

En av sykepleielederne mente at personalet hadde vært i avdelingen så lenge og kunne jobben sin så godt at det ville være unødvendig å veilede hverandre i det daglige arbeidet. Informanten mente at bruk av en slik veiledning ville vært mer aktuelt hvis det ble ansatt noen nyutdannede sykepleiere i avdelingen.

Sykepleielederne mente at behovet for å samle personalet i løpet av dagen var økt etter at man hadde innført bruk av stille rapport. Begrunnelsen var at man hadde behov for et felles møtepunkt der de ansatte kunne utveksle beskjeder. Informantene mente imidlertid at muligheten også var der for å ta opp faglige spørsmål til diskusjon på et slikt felles møtepunkt.

D: ”Med den tause rapporten som vi har så er det et økt behov for at de har en link midt på dagen. Da kan denne muntlige utvekslingen, den handler om beskjeder, hvem skal reise og hva skal endres. Men man har også da et forum hvor man kan drøfte litt faglig.”

Noen av informantene hadde fått tilbakemeldinger fra ansatte om at de syntes det var lite effektivt å bruke tid på et slikt møte midt på dagen. Sykepleielederne mente imidlertid at det var viktig med et tidspunkt hvor man stoppet opp og gav hverandre litt tilbakemelding på hva man hadde gjort og eventuelt drøftet faglige spørsmål.

I et sykehus jobber mange ulike faggrupper tett sammen for å kunne gi pasientene et godt faglig tilbud. Det kan det virke som om deling av kunnskap skjer både via formelle og mer uformelle kanaler. Sykepleielederne mente alle at hvis man var usikker på noe så kunne man bare spørre personale som tilhørte andre faggrupper. Dette mente de var relativt uproblematisk fordi alle kjente hverandre så godt at man ikke var redd for å stille spørsmål. Previsitt og visitt fungerte også mye som en fagutveksling mellom lege og sykepleier. Derimot hadde ingen av avdelingene noe fora for faglige og etiske diskusjoner på tvers av faggrupper. Dette ble kommentert av en av informantene som et savn.

G: ”Jeg opplever i hvert fall at personalet er opptatt av etikken i pasientarbeidet. Men jeg ser ikke at vi har noe særlig rom for å snakke om etiske problemstillinger med eksempelvis legene, for det er ofte at det er der en trenger å snakke om det. Der synes jeg ikke vi har noe fora.”

Pleiepersonalet samarbeidet gjerne sammen med fysioterapeutene når pasientene skulle mobiliseres. Da var det en selvfølge at sykepleieren og fysioterapeuten samarbeidet og veiledet hverandre i pasientsituasjonen. Ellers delte man gjerne kunnskap med hverandre gjennom at andre yrkesgrupper ble bedt om å ha undervisning for pleiepersonalet i forhold til ulike tema som var dagsaktuelle. Eksempelvis ble logoped trukket inn til undervisning når man hadde pasienter med taleproblematikk.

B: ”Hun har vi inne på undervisning og personalmøter og snakker om afasi. Det gjør vi ofte når vi har sånne spesielle pasientkasus. Slik som da vi hadde en slagpasient som hadde en helt spesiell afasi. Da var NN inne og hadde undervisning om det.”

Ulik møtevirksomhet som personalmøter og veiledningsgrupper fungerte som viktige forum for kompetanseutvikling. Hyppighet og gjennomføring varierte mellom de ulike avdelingene. De fleste avdelingene hadde tilbud om felles internundervisning for pleiepersonalet ved hele sykehuset. På denne internundervisningen ble det tatt opp tema som kunne være aktuelle for personalet ved flere avdelinger på sykehuset. Deltakelsen var ikke alltid like bra til tross for at sykepleielederne prøvde å informere personalet om undervisningen på morgenen med tanke på at de da kunne prioritere tiden sin. I løpet av arbeidsdagen var det imidlertid lett at personalet glemte eller nedprioriterte å gå på undervisningen. Sykepleielederne mente at det hadde noe med at de ansatte stod i fronten i forhold til pleie og arbeidsoppgaver hos pasienten 24 timer i døgnet. Personalet følte at det var vanskelig å gå fra pasienten de hadde ansvaret for. Informantene mente at det var en viktig lederoppgave ikke bare å informere om undervisningen, men å være med på å tilrettelegge slik at personalet kunne gå dit. En av informantene eksemplifiserte det med at hun sa til den ansatte: ”I dag skal du på undervisning. Jeg er her og passer pasienten din”.

En av avdelingene hadde tilbud om en fast fagdag som lå i turnusen til hele personalet. Denne ordningen innebar at personalet hver 6. uke hadde en dag som var satt av til undervisning om ulike aktuelle tema. Avdelingen gjennomførte dette ved at 1/3 av personalet denne dagen var på undervisning, mens 2/3 var på jobb. Ordningen innebar at alle ansatte enten var på jobb eller undervisning den dagen. Disse fagdagene ble brukt til å gjennomgå både lovpålagte

opplæringsoppgaver slik som brannopplæring, hjerte- og lungeredning og tema personalet ønsket at ble tatt opp.

De fleste avdelingene hadde ulike former for veiledningsgrupper, der møtefrekvensen og deltakerne varierte. Flere av avdelingene hadde faste dager i uken der de av personalet som var på dagvakt hadde veiledning i matpausen. For å unngå forstyrrelser delte man da opp avdelingen slik at noen av de ansatte var på veiledning mens andre ivaretok pasientene deres i dette tidsrommet. De ansatte hadde fått innført betalt matpause for at denne skulle kunne brukes til veiledningsgrupper og ifølge sykepleielederne syntes personalet at dette var greit. Matpausen varte en halvtime og flere av informantene var mindre fornøyd med disse smale tidsrammene. Men som en av informantene sa:

E: ”Problemet er at det er en halv time og det er veldig kort tid. Så det blir ofte litt rask avslutning på ting, at vi må kutte av før vi har kommet fram til noe, ikke dermed sagt at vi skal komme til konklusjon eller gi svar på ting, men noe ganger blir det slik at vi må kutte midt i. Samtidig så er det slik at vi har den halvtimen og det er bedre enn ingenting.”

Tiden med veiledning ble i stor grad brukt til å ta opp ulike faglige tema.

B: ”Her tar vi opp alt i fra tunge etiske problemstillinger – det går mye på pasienter, mye på pasientsituasjoner der vi på en måte lurer litt på om de ville ha gjort det riktig, om en har vurdert det riktig.”

C: ”Det er en veldig fin anledning for å plukke opp det som rører seg i posten, eksempelvis pasientproblematikk, utfordringer, ting i hverdagen. ”Hva gjør vi der? At vi kan lære av hverandre, hvordan en gjør ting slik at en gjør ting likt. ”Hvordan skal vi gjøre det, jo jeg tror at slik må vi gjøre det” slike ting.”

En av avdelingene hadde valgt å legge veiledningen til ettermiddagstid. Veiledningen varte da i 2 timer hver uke der de reflekterte over egen virksomhet som en del av kompetansehevingen i avdelingen. Det at veiledningen hadde vært på kveldstid hadde ikke ført til dårligere oppmøte, det var heller slik at flere da hadde mulighet for å delta enn på dagtid. Informanten mente at de hadde større ro til å kunne konsentrere seg om de faglige spørsmålene som ble tatt opp.

Flere av informantene mente at faglige diskusjoner var en del av samtalen som pågikk hele tiden i avdelingen uten at de trengte å ta initiativ til det. Blant annet hadde en av

sykepleielederne fått tilbakemeldinger fra enkelte ansatte om at de hadde behov for å snakke om andre ting enn pasientproblematikk i matpauser og lignende. Informanten mente at dette hadde utslag i at det gjerne var i matpausen man hadde mulighet for å sette seg ned og snakke med kollegene. Ulike faglige diskusjonstema kunne da lett prege samtalen rundt bordet.

Kurs og ulike videreutdanninger var andre muligheter for personalet til å øke kunnskapen. Alle sykepleielederne var opptatt av at hele avdelingen skulle få nytte av den kunnskapen de ansatte som deltok på kurs tilegnet seg der. Kurs ble på denne måten sett på både som et individuelt tiltak og som et tiltak for å heve den generelle kompetansen i avdelingen. Derfor ble også det å sende flere ansatte på de samme kursene sett på som en måte å få mer tilbake til avdelingen på. Når de ansatte var på ulike kurs hadde de tilbakemeldingsplikt om hva de hadde lært på personalmøte eller undervisningsdag. På denne måten forsøkte man å spre kunnskapen videre i avdelingen.

A: ”Det er et av kriteriene for at de får reise på kurs. At de skal ta med noe tilbake. De må presentere kurset de har vært på i forbindelse med undervisningsdagen vår.”

B: ”Jeg prøver å sende flere på kurs enn en. Det har mer effekt hvis tre-fire drar på kurs og ikke bare den ene reiser alene. Kurs skal tilføre avdelingen et faglig påfyll og hvis du sender flere får du mer påfyll tilbake enn hvis det kommer en stakkars fra kurs som har hørt noe.”

F: ”Alle som har vært på kurs her hos oss de må videreformidle det de har lært på kurset til oss andre. Vi har tenkt å lage en perm der vi på en måte lager et lite ja kall det et kompendie, oppsummering av det kurset de har vært på, hva som er nytt på det kurset de har vært på i forhold til hva vi gjør her. Som vi snakket om innledningsvis bruker vi møtet på onsdagen og presenterer det de har lært for oss andre og samtidig så lages en slik perm der vi kan gå tilbake og se senere.”

For å skape refleksjon og mer uformelle arenaer for læring prøvde sykepleielederne selv å være tilstede i avdelingen og stille spørsmål i ulike samtaler eksempelvis ved rapporter og visittgang. En av informantene sa at bare det at hun var tilstede førte til at ulike faglige spørsmål ble tatt opp til diskusjon. Hun sa:

A: ”Det er noe med å være tilstede, ofte ikke si så mye. Det er noe med at når du setter deg ned i et fellesareale så kommer ofte personale til deg og tar opp spørsmål selv.”

En av informantene brukte en skriftlig informasjonsbok til aktivt å stille åpne spørsmål til personalet. På denne måten prøvde hun å sette i gang faglige prosesser blant personalet når de leste i boken. Gjennom slike spørsmål til diskusjon kunne man initiere til faglige samtaler uten nødvendigvis å selv være tilstede. Hun stilte eksempelvis spørsmål i forhold til rutiner i avdelingen: ”Hvorfor gjør vi det slik, er det bedre måter å gjøre det på?”

De fleste sykepleielederne var opptatt av å stille spørsmål ved måten man gjorde ting på. De var også opptatt av at avdelingen til en hver tid skulle gjøre ting på en faglig god måte.

E: ”Siden jeg har erfaring fra andre avdelinger og ser at ting som blir gjort noe forskjellig så det hender ofte at jeg stiller spørsmål, både ut av uvitenhet og litt sånn: ”kan dette her være riktig, kan dette gjøres på en annen måte?”

Et par av sykepleielederne mente imidlertid at det ikke var nødvendig å stille spørsmål ved rutiner og arbeidsmetoder i avdelingen de hadde ansvaret for. Arbeidet fungerte bra og at de hadde full tillit til måten personalet utførte oppgavene på. Siden de ikke fikk noen tilbakemeldinger på rutinene regnet de med at rutinene fungerte bra.

4.4 Rammer i organisasjonen som påvirker kompetansearbeidet

I en organisasjon vil det være ulike rammer som kan påvirke lederens arbeid med kompetanseutvikling. Slike rammer kan være både formelle eksempelvis gjennom strukturen eller uformelle ved at de ligger i kulturen. Sykepleieledernes egne tanker og erfaringer i forhold til læring vil også kunne påvirke hvilke tiltak de har fokus på når kompetanse skal vedlikeholdes og utvikles.

Alle informantene mente at de vektla både formell og uformell læring i avdelingen. De var opptatt av at læring både var ny kunnskap og revisjon av gammel kunnskap. Alle informantene var enige om at læring var å utvikle seg videre og man ville aldri bli ferdig utlært som sykepleier. De var også enige i at innen sykepleien vil det være viktig med praktisk kunnskap og at denne gjerne må læres i samarbeid med andre sykepleiere. Det kom stadig nye måter å gjøre ting på, nye prosedyrer og lignende. Dette førte til at man aldri var ferdigutdannet, en hadde stadig behov for å lære mer.

C: ”Ja, det å lære av hverandre det den ene er god på er kanskje ikke den andre så god på. Det å følge hverandre opp.”

D: ”Det er jo både den teoretiske læringen som vi jo har i forskjellige bolker og det er jo også den livslange kontinuerlige læringen hvor man jo trinnvis blir bedre og bedre sykepleier. Jeg tror jo at veldig mye av læringen er de holdningene man lærer i arbeidsfelleskap.”

F: ”Jeg tenker jo at når jeg hører ordet læring så dreier det seg om at vi som individer og som organisasjon stadig må videreutvikle oss, og at vi må ta lærdom av de feilene vi gjør og ta lærdom av de riktige tingene vi gjør. Så må vi ta læring ut fra de erfaringer vi gjør på bakgrunn av det.”

Til tross for at alle informantene var opptatt av både formell og uformell læring hadde de stort sett fokus på at ansatte skulle få delta på ulike formelle opplæringstiltak eksempelvis kurs og videreutdanninger. Når de snakket om tiltak i forhold til læring var det for det mest formelle tiltak de hadde fokus på.

Alle sykepleielederne mente at kompetanseutvikling i avdelingen var deres ansvar. Det virket imidlertid uklart om dette var en definert lederoppgave som ble uttrykt fra sykehuset som organisasjon. Ingen av informantene har hørt at deres leder noen gang har uttalt noen forventning til dem at de skal drive med dette arbeidet. Det var gjerne slik en av informantene sa:

I: ”Det er vel jeg som informerer om hva vi lærer oss. Jeg har aldri opplevd at det blir sagt at: ”dette må dere lære dere”. Jeg tror nok vi er har vel heller den som kommer og sier ”vet du hva vi nå har begynt med.”

Dette til tross så opplevde informantene en klar forventning fra ledelsen til dem om at de skal drive med kompetansearbeid.

D: ”Ja det er klart en definert lederoppgave. Den blir nok i liten grad etterspurt av mine ledere, når du spør om det slo det meg. Hvis jeg ikke sendte noen på kurs og ikke lot noen ta videreutdanning et år, så tror jeg ikke at jeg hadde fått kjeft for det.”

E: ”Det er jo forventninger om at jeg gjør det selv om de ikke sier at det må du gjøre, det må jeg forstå selv.”

G: ”Jeg til tro det ligger i jobben min å sørge for at personalet til enhver tid har den kompetansen som trengs for å drive det vi driver. Det tror jeg er et lederkrav. Det

ligger ikke i instruksene, den er for diffus. Det blir ikke kommunisert til meg fra min leder. Det er en forventning, men det blir ikke uttrykt.”

H: ”Det er vel en slags forventning, men det er ikke noe som er satt i system. Det blir ikke sagt.”

Flere av sykepleielederne var usikre på om ansvaret for læring og kunnskapsutvikling i sengeposten stod i dere stillingsinstruks. Noe av årsaken til dette var ifølge informantene at stillingsinstruksene ikke er blitt oppdatert etter organisasjonsendringene som kom da institusjonene ble samlet i et helseforetak. Mangelen på stillingsinstruks førte ifølge informant F til at: ”Vi jobber jo bare slik vi tror det skal være vi.”

Sykepleielederne mente selv at de til en hver tid er ansvarlige for at personalet i avdelingen hadde den kompetansen de trengte for å kunne gjennomføre arbeidet sitt på en forsvarlig måte. På ledermøter og lignende lederfora var heller ikke læring et tema som ble drøftet. Bare en av sykepleielederne opplevde å ha et felles møtepunkt med andre ledere der man kunne diskuterte ulike problemstillinger knyttet til kompetanseutvikling. Hun mente at man blant annet brukte ledermøter som fora for å dele kunnskap og erfaringer i kompetansearbeidet med hverandre. Denne informanten var opptatt av at man måtte sette læring inn i et større system for å lykkes med kompetansearbeidet.

A: ”Det å få satt kompetanseopplæring i system. Det er et ”clue” det må bare gjøres, hvis ikke så blir det slik en halvtime hver fredag det sitter tre stykker som egentlig ikke har tid å sitte der og har tankene sine på pasienten som en egentlig skulle ha vært hos. Men det å få det i system og det å ha fagsykepleiere og det å ha klare mål for det.”

Sykehuset som organisasjon vil sette rammer for hvordan man kan drive med kompetansearbeid gjennom både økonomi og struktur. Flere av avdelingene hadde vært gjennom ulike omorganiseringer med sammenslåing av avdelinger og reduksjon av personale. De urolige rammene i organisasjonen påvirket også sykepleieledernes arbeid med læring og kunnskapsheving. Halvparten av sykepleielederne hadde et svært kort tidsperspektiv på kompetanseplanleggingen, gjerne bare 1 år framover i tid. De begrunnet dette med at budsjettet ble lagt for et år om gangen og de siste årene hadde sykehuset gjennomført omfattende endringer i organisasjonsstrukturen for å prøve å skape balanse i budsjettet. Dermed visste man aldri hvordan ting kom til å være mer enn et år framover i tid. En av

informantene hadde mange yngre sykepleiere i avdelingen og mente dermed at disse kunne hun ikke forvente at skulle bli der.

B: ”Jeg ser at jeg har en post der det er unge folk. Målet mitt er å få de unge fort flinke og at vi skal på en måte gi dem mye den tiden de er her, men jeg tror ikke jeg klarer å beholde ungdom lenge.”

G: ”Vi tenker nok mest på dagens behov, akutte behov. Nå må vi lære om det, nå må vi ta opp det. Vi tenker ett år om gangen, ikke noe lengre. Det henger sammen med budsjetter som vi får for et år om gangen. Samtidig som vi er i nedskjæring alle sammen og vet ikke hvor vi er neste år. Da blir det litt sånn unødvendig å lage planer lenger framover.”

Noen av sykepleielederne prøvde å se på både dagens behov og et par år fram i tid. Dette mente de var meningsfullt med tanke på også å kunne bygge framtidig kompetanse. Hvis ansatte skulle gå på ulike videreutdanninger ville de ikke være ferdig før etter et til to år. Da ble det nødvendig å kunne planlegge i forhold til framtidige kompetansebehov i avdelingen. Samtidig var sykepleielederne opptatt av å se på dagens behov for opplæring, eksempelvis hos nyansatte.

A: ”Det må kjøres nesten parallelt, eks. at framover så trenger vi noen som kan begynne på videreutdanning som vil være ferdige om noen år. Og selvsagt her og nå i en nyutdannet sykepleier som trenger opplæring i det og det.”

Den siste tiden hadde de fleste av informantene erfart at de økonomiske rammene i avdelingen ble strammet inn. I hvilken grad sykepleielederne syntes at de hadde gode eller stramme rammer i forhold til kurs og videreutdanning varierte både innenfor hvilken institusjon og divisjon sykepleielederen jobbet. Enkelte av lederne sa at det ikke fantes penger til å bruke på kurs og lignende. Mens andre avdelinger opplevde at de hadde gode kursbudsjett som ikke hindret dem i å reise på eventuelle kurs. De fleste mente imidlertid at økonomien gjorde seg mer gjeldende enn tidligere.

B: ”Jeg ser at det er det de strammer inn på. Frem til nå har det gått bra, men det er ikke noe prioritert oppgave fra sykehusledelsen. Da må vi finne pengene inne på de resterende rammer.”

G: ”Økonomi er jo en veldig ramme, eller dårlig økonomi. Og vi har jo en elendig økonomi. Vi har ikke penger til noe som helst. Økonomi er styrende.”

D: "Vi har faktisk godt kursbudsjett foreløpig. Det har ikke stått på midler når folk har villet på kurs."

Ved begynnelsen av året satte sykepleielederne opp hva slags ønsker avdelingen hadde for det kommende budsjettåret. Midlene ville deretter fordeles på de ulike avdelingene etter behov. Ingen av informantene opplevde at det var en kobling mellom disse kompetanseplanene som ble lagt og budsjettet.

A: "Det er en kobling gjennom at det er en konto som heter kompetanse og kurs."

G: "Det er altså det er en kobling i at planene skal legges samtidig, men det oppleves litt frustrerende å sette opp planer for opplæring, planer for HMS når budsjettplanene er helt på siden og det ikke finnes penger, og det ikke er mulig å sette over penger."

Helseforetaket var blitt organisert i divisjoner, dette mente informantene hadde gjort det vanskeligere for de ansatte å samarbeide på tvers av avdelinger som ikke tilhørte samme divisjon. Mangel på lokal leder ved hver institusjon ble også nevnt som en negativ faktor i forhold til samarbeid på tvers av avdelinger.

B: "Etter at vi fikk funksjonsenhet er det blitt mindre samarbeid med andre avdelinger, mens vi har veldig tett samarbeid på NN."

C: "Det er ikke blitt noe lettere etter at det ble delt opp i divisjoner. Hvis de ønsket at vi skulle jobbe på tvers var ikke det smarteste trekket de gjorde. Det er mer naturlig å samarbeide med avdelinger innen samme divisjon på andre sykehus i helseforetaket enn andre avdelinger på huset her. Da er en innen samme divisjon."

E: "Jeg synes at divisjonaliseringen har dannet litt høyere vegger, det er litt mer slik at vi er oss selv nærmest. Jeg oppfatter at dette skyldes strukturen og at det ikke finnes noen lokal leder/ direktør her på huset som kan se helheten og samle trådene her."

F: "Det er sykehusets måte å organisere seg på gjennom divisjoner, vi ser bare oss selv ikke de andre. Det er mer naturlig å samarbeide innad i divisjonen enn innad i det lokale sykehuset."

Det var ikke bare oppdelingen i divisjoner som setter grenser for samarbeid og deling av kunnskap mellom avdelinger. En av sykepleielederne kommenterte at de medisinske fagområdene også virket som en begrensning. Gjennom at hver avdeling hadde sin medisinske spesialitet ville det være grenser for hvor mye man kunne lære av hverandre.

Informanten mente at fagfolk som jobber innenfor samme fagområde ville ha større utbytte av å treffe andre som jobber innenfor samme fagfelt for å dele kunnskap og bygge nettverk enn å møte sykepleiere med andre fagområder.

D: ”Så der er det relevant at vi kommer sammen og det handler mye om rutiner og informasjonsmateriell og protokoller og alt mulig sånn så vi må ut for å finne likesinnede for å si det sånn.”

Skillet mellom ulike medisinske fagområder førte også til at hospitering var mest aktuelt med andre institusjoner eller avdelinger som jobbet innenfor samme område. To av avdelingene hadde et systematisk samarbeid om hospitering for personalet ved et annet spesialsykehus på avdelingens fagområde. En annen avdeling brukte hospitering på avdeling innen samme divisjon som en del av kompetansetige. Når en ansatt hadde nådd et visst nivå i kompetansetigen var det avdelingens ansvar å organisere slik at hun fikk gjennomføre hospitering en dag.

A: ”Hospitering har vi gjort spesielt i forhold til operasjonsavdelingen og postoperativ avdeling som da knytter seg opp til våre pasienter. Dette ligger inne i kompetansetigen vår at de som er på det nivået der skal ha hospitering på operasjon. Den fagsykepleieren som jobber med kompetansetigen, har ansvaret slike ting. ”Den personen får hospitere, den mangler det og det for å få oppfylt kravet på det og det osv.”

E: ”Vi hospiterer på F. Dette er fordi vi får inn disse pasientene først som skal opereres på F, så kommer de tilbake til oss etter operasjon. Da er det veldig nyttig for oss å få sett hvordan det ser ut der og hva som foregår der. Så vi har ambisjon om at alle sykepleierne skal ha vært der på hospitering i 2 dager der.”

Det kunne dermed virke som om den hospiteringen som ble gjennomført ved avdelingene bare var innen andre institusjoner eller avdelinger som jobbet med det samme fagfeltet. På spørsmål om det var aktuelt å bruke hospitering innenfor andre fagfelt, var det ingen av sykepleielederne som hadde erfaring med dette.

4.5 Oppsummering

Intervjuene er gjennomført med ulike sykepleieledere som har forskjellig bakgrunn, med hensyn på alder, arbeidserfaring, utdanning og lignende. Informantene bakgrunn eller hvilket fagområde de jobbet innenfor virket imidlertid ikke som å ha betydning for de svarene de gav

under intervjuene. Felles var at alle informantene gav utrykk for at de var opptatt av kompetanseutvikling og syntes dette var et viktig arbeid i avdelingen.

I forhold til kartlegging av kompetanse ser det ut til at sykepleielederne i stor grad benytter seg av medarbeidersamtalen til dette arbeidet. Informantene var opptatt av å ha oversikt over de ansattes kompetanse og ønsker i forhold til kompetanseutvikling. De fleste mente da at medarbeidersamtalen var en god mulighet for å jevnlig kunne diskutere slike spørsmål med de ansatte. Ved en medarbeidersamtale kunne man også avklare med den ansatte hva hun kunne forvente seg fra avdelingens side i forhold til sine ønsker om kompetanseutvikling. Nesten alle informantene gjennomførte jevnlig medarbeidersamtaler etter den strukturen sykehuset la opp til. Medarbeidersamtalene var også en mulighet for sykepleielederen til å gi den enkelte ansatte tilbakemeldinger på deres faglige yrkesutøvelse. Dette var det ellers lite rom for i en travel hverdag. Da ble tilbakemeldinger gjerne gitt i sammenhenger der alle av personalet var samlet.

Alle informantene gav utrykk for at de var opptatt av å støtte og motivere de ansatte til å øke kunnskapen sin. Dette gjorde de i stor grad gjennom at de prøvde å tilrettelegge for at ansatte skulle kunne gå på ulike kurs og videreutdanninger. En av avdelingene brukte en intern kompetansestige for å motivere personalet til stadig å strekke seg mot nye mål i forhold til kompetanseheving. Til tross for at informantene sa at de var opptatt av både formell og uformell læring virket det som om de fleste i liten grad hadde fokus på uformelle læringstiltak. Når informantene snakket om tiltak for læring var det stort sett formelle læringstiltak som kurs og lignende de var opptatt av.

Avdelingene jobbet lite konkret i forhold til mål. De fleste hadde gamle eller ikke eksisterende målsetninger. De målene avdelingene hadde var formulert delvis sammen med og delvis uten personalet. Totalt sett gav sykepleielederne lite inntrykk av at målene er bevisste hos dem selv eller øvrige ansatte. Lederne mente at de ansatte var lite interesserte i avdelingens mål og dermed klarte de ikke å sette dem i sammenheng med det daglige arbeidet. Dette gjorde at flere av lederne mente at de som ledere hadde et viktig arbeid i å bevisstgjøre de ansatte i forhold til målarbeidet.

De fleste avdelingene organiserte det daglige arbeidet på en slik måte at sykepleierne jobbet alene. Fordeling av arbeidsoppgaver ble fordelt ganske vilkårlig der alle skulle gjøre alt. Den

av informantene som hadde prøvd å endre på denne organiseringen hadde ikke hatt suksess med dette. Alle informantene mente at det generelt sett var gode vilkår for tverrfaglig samarbeid og deling av kunnskap mellom ulike faggrupper. Delingen av kunnskap skjedde både ved at man spurte om ting og gjennom formell undervisning. Noe samarbeid skjedde også i direkte arbeid med pasienten der eksempelvis fysioterapeuten veiledet pleiepersonalet. De fleste avdelingslederne mente at denne delingen av kunnskap skjedde uten at de trengte å gjøre noe i forhold til det.

Personalmøter, veiledningsgrupper og undervisningsdager var muligheter for de ansatte til å dele kunnskap med hverandre. De fleste avdelingene hadde også satt dette i system. Det kunne eksempelvis være lunsjmøter eller ettermiddagsøkter. Tiden med veiledning ble brukt til å ta opp ulike faglige problemstillinger. Ellers var kurs og videreutdanninger en mulighet for å få ny kunnskap inn i avdelingen. Når ansatte hadde vært på kurs og lignende var sykepleielederne opptatt av å få brukt denne kunnskapen videre i avdelingen. Alle avdelingene hadde derfor ulike system for tilbakemeldingsplikt etter kurs.

Sykepleielederne mente alle at det var deres jobb å sørge for faglig utvikling. Til tross for at dette ikke ble sagt fra deres ledelse. De fleste informantene mente at det lå en klar forventning til dem om å drive med kompetansearbeid. De fleste var usikre på om dette arbeidet ble konkretisert i stillingsinstruksen, da de fremdeles jobbet etter gammel instruks som ikke var oppdatert.

Sykehuset hadde fått strammere rammer i forhold til økonomi. Dette merket også sykepleielederne gjennom at økonomien var blitt stadig mer gjeldende på de fleste av avdelingene. Informantene syntes også at det ofte var manglende kobling mellom økonomi og kompetanseplaner. Når man aldri visste hvordan neste år ville bli førte dette til at det ble vanskelig å legge langsiktige planer. Noe som igjen førte til et kortsiktig perspektiv på kompetansearbeidet. Faglige spesialområder og strukturelle forhold i organisasjonen satte også rammer for samarbeid internt på sykehuset. Etter at sykehuset ble delt opp i divisjoner mente flere av informantene at det var blitt vanskeligere å samarbeide på tvers av avdelinger. Ikke alle avdelingene hadde felleskap med flere avdelinger innen samme divisjon på institusjonen. Sykepleielederne her mente at det da var mer naturlig å samarbeide med avdelinger på annen institusjon innenfor samme divisjon enn å samarbeide med naboavdelingen.

5.0 Hva gjør avdelingsledere for å skape et miljø for læring i sykehusavdelingen?

I dette kapitlet vil jeg drøfte den informasjonen som kom inn gjennom datainnsamlingen i forhold til teori som ble presentert i kapittel 2. Dette kapitlet er delt opp i fem deler tilsvarende Senge sine fem disipliner. Hver del blir da belyst opp mot hovedproblemstillingen: Hva gjør sykepleieledere for å skape et miljø for læring?

5.1 Personlig mestring

I kapittel 2 skrev jeg at personlig mestring dreier seg om at den enkelte medarbeider må finne sitt nåværende ståsted og hvilke ønsker han har for framtiden. Dette innebærer at den enkelte selv må ha et ønske om å gå inn for sin egen personlige mestring fordi dette er noe som ingen andre kan gjøre for ham (Senge, 1994:193). I denne studien var jeg opptatt av å se på hva sykepleielederne gjorde for å legge til rette for at medarbeidere faktisk skulle kunne arbeide med personlige mestring. Legger lederne til rette for at de ansatte kan forfølge sine egne mål, for eksempel gjennom medarbeidersamtaler? Hensikten med å bruke tid og ressurser på den enkeltes personlige mestring er ifølge Senge(1994) at ny kunnskap som påtvinges en person ikke vil vare lenge. Effekten av læringen vil vare en stund, men den ansatte vil etter hvert slutte å bruke de nye ferdighetene. Derfor blir det viktig å se om sykepleielederne koblet sammen læring og den enkelte ansattes personlige mål og mestring. Hvis dette skjer vil den ansatte ifølge Senge sin teori selv gjøre en innsats for å ikke miste den kunnskapen han har tilegnet seg.

Gjennom å tilrettelegge og motivere for personlig mestring kan sykepleielederen øke de ansattes bevissthet rundt disiplinen personlig mestring. Senge(1994) anbefaler derfor at lederen går inn i rollen som trener og instruktør. Lederen kan da motivere og støtte den enkelte ansatte i deres personlige mestring (Senge, 1994:196). I denne studien var det nettopp denne rollen alle sykepleielederne var opptatt av. De ønsket både å motivere og støtte de ansatte i forhold til faglig utvikling. Blant annet ble medarbeidersamtalene brukt til å kartlegge kompetanse hos de ansatte. Ifølge Nordhaug(1998) kan medarbeidersamtaler være et viktig og nyttig verktøy, både når det gjelder kortsiktig og langsiktig planlegging og kompetanseutvikling. I denne studien fungerte medarbeidersamtalene som et forum hvor leder og ansatt kunne diskutere den ansattes ønsker og mål som fagperson. Sykepleielederne vektla

at medarbeidersamtalene var en god anledning for å kartlegge de ansattes eventuelle ønsker om kurs og videreutdanninger. Denne informasjonen kunne så sykepleielederen ta med seg videre når hun skulle planlegge kompetansearbeidet i avdelingen.

Sykepleiekompetanse vil slik det ble beskrevet i kapittel 2 består av flere dimensjoner, teoretisk/praktisk kompetanse, sosial kompetanse og etisk kompetanse. Det jeg så i denne studien var at de fleste av sykepleielederne var mest opptatt av å kartlegge teoretisk og formell kompetanse hos de ansatte. Dette viste seg blant annet ved at sykepleielederne var opptatt av hva slags kurs og hvilken utdanning de ansatte hadde eller var interessert i å delta på. Dette fokuset på formell kunnskap kan stå i motsetning til sykepleieryrket som et praktisk yrke der man også gjennom praktisk erfaring kan utvikle seg som fagperson. I sin praktiske utøvelse av sykepleie vil sykepleierne møte både sammensatte og komplekse situasjoner. For å kunne møte denne virkeligheten vil de trenge et vidt spekter av både teoretisk og praktisk kunnskap. Denne kompetansen vil det være vanskelig å tilegne seg gjennom bare kurs og utdanning. Kompetansen vil også måtte bygges opp gjennom direkte kontakt med pasienter og refleksjon med mer erfarne sykepleiere.

Noen former for kunnskap vil i vårt samfunn representere mer status og derved mer makt enn annen kunnskap (Krogstad og Foss, 1997:33). Fokuset på formell og teoretisk kompetanse i helse- og sosialsektoren ble påpekt i kompetanseberetningen, der man karakteriserte det som en ”skjev” fordeling av kompetanseutviklingstiltak. Mens sektoren ligger over gjennomsnittet i kursdeltakelse, ligger den i underkant av gjennomsnittet i andelen læringsintensive arbeidsplasser (Nyen mfl., 2004:54). Denne studien viste det samme resultatet. Det var formelle kurs og videreutdanninger sykepleielederne var mest opptatt av å motivere de ansatte til å delta på. Noe av årsaken til denne etterspørselen etter formell kompetanse kan forklares ved at det i utgangspunktet kreves en bestemt type utdanning for å kvalifisere til jobben. Sykehusene er i stor grad preget av et regelverk som begrenser hvilke arbeidsoppgaver som kan utføres av ulike yrkesgrupper. Profesjonaliseringen i sykehusene fører også til at lønns- og karrieremulighetene er nært knyttet opp mot den formelle kompetansen yrkesutøveren har. Dette fører til at de ansatte i slike arbeidsmarkeder, i den grad de kan påvirke kompetanseutviklingen i virksomheten, trekker den i mer formell retning (Hagen og Skule, 2004:126). Personlig mestring vil innebære mye mer enn det å delta på kurs og utdanninger. Gjennom å ha et ensidig fokus på formell kunnskap vil man kunne underkjenne den erfaringen den enkelte sykepleier tilegner seg i et vanlig hverdagsliv. Når sykepleierne bruker

av sine hverdagserfaringer og kobler disse sammen med den profesjonelle kunnskapen de har som sykepleiere vil de lett kunne overføre erfaringer fra en del av livet til en annen. Problemet med sykepleieledernes ensidige fokus på teoretisk kunnskap kan derfor være at de lett mister av syne mye av den kompetansen som faktisk eksisterer i avdelingen de har ansvaret for.

Sykepleielederne fremhevet at medarbeidersamtalene også var en mulighet for å gi den enkelte ansatte tilbakemeldinger på fagutøvelsen. Undersøkelser viser at positiv tilbakemelding fører til at oppfattet kompetanse øker, og at dette igjen fører til en økning i den indre motivasjonen. Det motsatte vil skje ved negative tilbakemeldinger (Gausdal, 2000:20). Sykepleielederne i studien prøvde også å være aktivt tilstede i avdelingen de hadde ansvaret for og prøvde å gi fortløpende tilbakemeldinger til de ansatte på faglig yrkesutøvelse. De vektla da å ikke bare gi positive tilbakemeldinger, men var opptatt av å gi konkrete tilbakemeldinger som den ansatte kunne lære av. Siden et ønske om å øke sin personlige mestring ikke kan tvinges på noen vil det være viktig at den enkelte ansatte selv er motivert til å gå inn for sine personlige mål. Gjennom å gi fortløpende tilbakemeldinger til de ansatte på yrkesutøvelsen deres kan lederen være med å motivere de ansatte for videre faglig utvikling.

Samtidig som man skal sette seg personlige mål vektlegger disiplinen personlig mestring det å stadig være i en læreprosess. Ikke alle sykepleielederne i studien var like opptatt av det faktum at de ansatte i avdelingen var i ulike faser både i sin yrkeskarriere og i privatlivet. Personalet i avdelingene kunne stort sett kjennetegnes ved at noen hadde jobbet i mange år, mens andre var relativt nyutdannet. Dette skapte utfordringer for ledelsen når man skulle tilrettelegge for læring. For at den enkelte sykepleier skal ha utfordringer og dermed kunne være i en slik læreprosess som Senge beskriver bør ledelsen ta hensyn til faktorer som blant annet erfaring i kompetansearbeidet. Noen av avdelingene i studien hadde utarbeidet lister over ulike prosedyrer som en viktig del av kompetanse- og kvalitetssikringsarbeidet. Sykepleielederne ønsket at alle ansatte skulle gjennomføre disse prosedyrene for så å få en underskrift på at de kunne dem. Opplæringen i avdelingene vektla dermed ikke hvilken erfaring den enkelte ansatte hadde, men heller hva slags prosedyrer de kunne krysse av på at de behersket. Økt standardisering av arbeidsoppgavene, gjennom for eksempel prosedyrer, har negative konsekvenser for sykepleiernes muligheter til uformell læring (White mfl., 1999:76). Slike lister som disse sykepleielederne beskrev kan dermed virke inn og dempe på motivasjonen for den uformelle læringen som foregår på arbeidsplassen.

I kapittel 2 ble brødrene Dreyfus' modell presentert. Denne modellen beskriver hvordan man som fagperson kan strekke seg mot stadig nye mål i sin faglige utvikling. Eksempelvis kan handlinger som utføres mekanisk etter bare kunnskap om regler være en slik oppgaveorientering som man kan forvente fra ansatte som befinner seg på nybegynnernivået. Når de fleste av avdelingene i studien var preget av ansatte som hadde jobbet der i 10 år og mer, samtidig som sykepleielederne beskrev dem som svært erfarne og dyktige yrkesutøvere tror jeg at denne formen for læring kan virke mot sin hensikt. Fra erfarne yrkesutøvere vil man forvente en større grad av refleksjon og helhetstenkning slik det beskrives i Dreyfusmodellen. Erfarne yrkesutøvere vil derfor ikke lenger la seg utfordre av mål om å mestre ulike prosedyrer. Et slikt prosedyresystem kan dermed være i fare for å virke mot sin hensikt hos erfarne arbeidstakere gjennom at de opplever å stagnere i sin utvikling.

Sykepleielederne sa at de brukte prosedyrelistene som et kvalitetssikringsprogram. Hensikten deres var at listene skulle være en skriftlig dokumentasjon på hva de ansatte kunne. I større grad enn tidligere ble det nå stilt spørsmål ved de ansattes kunnskap i bruk av eksempelvis teknisk utstyr. Når avdelingen hadde slike prosedyrelister som kvalitetssikringssystem mente sykepleielederne at de lettere kunne dokumentere hva de ansatte kunne. Kvalitetsutvikling er ifølge Øgar og Hovland(2004) å sikre kontinuerlig forbedring av prosessene som medvirker til å løse kjerneoppgavene i organisasjonen. Prosedyrelister som skal signeres vil i denne sammenhengen ikke kunne sies å påvirke til noen kvalitetsforbedring av arbeidet i avdelingen. Et alternativ her kunne heller vært om de ansatte fikk mulighet til å si noe om prosedyrer de var usikre på og det da var rom for at de kunne veiledes gjennom prosedyren av en annen sykepleier som var trygg på denne prosedyren. Gjennom å lære av hverandre og reflektere sammen over ulike situasjoner kan man sikre at ulike prosedyrer blir gjennomført på en faglig riktig måte. Samtidig vil man kunne få en kultur i avdelingen der man deler kunnskap med hverandre.

Den enkelte sykepleier har ifølge Lov om helsepersonell et selvstendig ansvar for å ha visse grunnleggende fagkunnskaper. De skriftlige prosedyrene i styringssystemet skal ikke være en lærebok, men dokumentere hvordan organisasjonen eller virksomheten løser oppgavene sine og hvilke metoder, retningslinjer og/eller lovverk som følges (Øgar og Hovland, 2004:123). I senere tid har også begrepet forbedringskunnskap kommet inn i helsevesenet. Gjennom å rette oppmerksomheten mot hvordan man kan oppdage mulige områder for forbedring og dermed kan skape endring vil man kunne øke kvaliteten på tjenestene som tilbys. Et slikt

kvalitetsprogram med prosedyrelister som sykepleielederne i denne studien beskrev vil da ha lite med forbedringskunnskap å gjøre. Bruk av slike prosedyrelister kan virke som å være et resultat av sykepleieledernes behov for å dokumentere noe heller enn en gjennomgående kvalitetstenkning i avdelingene.

For å kunne utfordre alle ansatte i ulike faser av yrkeslivet hadde en av avdelingene i studien laget en kompetansestige som redskap i kompetansearbeidet. Slike kompetanseutviklingsprogram kan fungere som motivasjonsfaktor for livslang læring (Kvamme, 2004:42). Avdelingen brukte kompetansestigen for å motivere den enkelte ansatte til kompetanseutvikling og i planleggingen av kompetansearbeidet i avdelingen som helhet. Sykepleielederen vektla at de da kunne utfordre de ansatte til å utvikle seg videre på det nivået den ansatte til enhver tid befant seg. Kompetansestigen var i likhet med Dreyfus modell bygget opp med fem nivåer fra nybegynner til ekspert. Sykepleierne i avdelingen befant seg da på ulike trinn i stigen. Etter hvert som de fikk mer erfaring i avdelingen forventet man at de også ble mer og mer trygge i egen yrkesutøvelse. Gjennom å bruke denne stigen kunne de ansatte selv ta utgangspunkt i sitt nåværende ståsted og ha mål å strekke seg mot slik Senge beskriver i disiplinen personlig mestring.

Målet med disiplinen personlig mestring er at den enkelte skal ha mulighet for å forfølge sine egne faglige mål. Dette vil ikke alltid være like lett i en organisasjon. Likhetstankegangen står sterkt i Norge og det kan dermed være lite akseptabelt å forfølge egne mål (Kvamme, 2004:44). I denne studien var det også enkelte av sykepleielederne som kommenterte at det var litt følsomt for sykepleierne å skulle forfølge egne faglige mål. Det ble blant annet nevnt at det å snakke om egen personlig utvikling var noe man hadde lite erfaring med innen sykepleietjenesten. Ifølge Senge(1991) er det svært viktig å få støtte fra omgivelsene når et menneske skal gå inn for sin egen vekst. Hvis denne støtten uteblir kan det være vanskelig for en ansatt å oppnå personlig mestring. Undersøkelser foretatt i sykehus og på sykehjem viser ifølge Kvamme(2004) at det er liten tradisjon blant pleiepersonalet for å drive med fagutvikling i arbeidstiden. Dette, samt at miljøet i en sykehusavdeling preges av enhetlige profesjonskulturer, kan virke som hindring for sykepleiernes ønske om å forfølge egne visjoner.

De ulike profesjonskulturene i helsesektoren preges av sterke gruppenormer som forplikter den enkelte arbeidstakeren i forhold til ulike faglige og etiske normer. Fordi arbeidsområdet i

seg selv setter rammer kan innholdet i ulike læringstiltak relateres til den enkelte yrkesgruppe. Sykepleielederne i denne studien gav også uttrykk for at en måte å få forfølge egne faglige interesser for et medisinsk fagfelt kunne være å jobbe ved en avdeling som hadde pasientgrupper innen det aktuelle fagområdet. Enkelte av sykepleielederne i studien mente også at sykepleierne gjerne hadde interesse for å utvikle seg innenfor det fagområdet pasientene i avdelingen tilhørte. Med andre ord hvis man interesserte seg for palliativ behandling og kreftomsorg ville man velge å jobbe på en avdeling der det var pasienter med kreftsykdom. Avdelingene brukte også tiltak som å la enkeltsykepleiere ha ansvar for egne spesialfelt for å motivere for læring. De ansatte syntes ifølge sykepleielederne at det var kjekt å ha et spesialfelt som de kunne følge opp ved å gå på kurs og lignende. Her kan muligheten ligge til rette for å danne praksisfelleskap på tvers av avdelinger og fagområder. Slike grupper kan bestå både av ansatte innen samme yrkesgruppe, men også på tvers av ulike profesjoner. I ulike praksisfelleskap kan man dra nytte av hverandres kunnskap og erfaring og på denne måten lære mer om både seg selv og den organisasjonen man jobber innenfor.

Flere av sykepleielederne i studien uttalte et ønske om å være med på å skape et miljø i avdelingene der alle de ansatte kunne glede seg over hverandres seire og støtte hverandre i å bli gode. Ved å stille spørsmål og gi konstruktive tilbakemeldinger til de ansatte prøvde sykepleielederne å skape en motivasjon for læring i avdelingene. Når sykepleielederen motiverer de ansatte til å forfølge sine personlige mål kan hun påvirke kulturen i avdelingen. Slik kan sykepleielederen påvirke de ansatte til å dele kunnskap med hverandre. I en undersøkelse foretatt av Bjørk uttrykte sykepleierne visjoner om å gi kvalitativt god sykepleie og mente at de hadde noe å tilføre avdelingene (Bjørk, 2001:8). De hadde med andre ord ønske om å utvikle seg selv som fagpersoner og hadde mål om å bli bedre sykepleiere. Dette ble også bekreftet av sykepleielederne i denne studien. De mente at de ansatte hadde mål for seg selv som fagpersoner. En av sykepleielederne mente at dette var noe som lå i sykepleieren, i selve fagpersonen og ikke var nedskrevet noe sted. Hvis en setter dette i sammenheng med Senges teori har sykepleierne med andre ord i utgangspunktet et ønske om personlig mestring. De har en visjon som de ønsker å nå og de mener at de har kunnskaper om hvordan de kan utvikle seg for å nå målene. Men for å lykkes med disiplinen personlig mestring er den enkelte ifølge Senge(1994) avhengig av å reflektere over sitt eget ståsted og mål. Man må med andre ord gå inn i sine egne mentale modeller og vurdere hvordan disse påvirker en.

5.2 Mentale modeller

Mentale modeller er slik jeg beskrev i kapittel 2 ulike forestillinger som vi bærer med oss i hodet vårt og som påvirker handlingene våre i hverdagen. Det som kjennetegner slike mentale modeller er at vi ikke er oss bevisst hvordan de påvirker oss. Fordi disse styrer atferden vår vil det være viktig at man i en organisasjon tilrettelegger for refleksjon og kritisk tenkning rundt modellene. Jeg var derfor opptatt av hvordan sykepleielederne reflekterte over sine egne mentale modeller. Samtidig ville jeg gjerne kartlegge hva de gjorde for å legge til rette for refleksjon rundt de mentale modellene blant de ansatte i avdelingen de hadde ansvaret for.

For lederen i organisasjonen vil det være en viktig oppgave å identifisere og problematisere de grunnleggende antagelsene som finnes i organisasjonen (Høst, 2005:210). Hvis lederen støtter de ansatte i å reflektere over og utvikle nye modeller kan de ansatte bli i stand til å lære å løse problemer på en bedre måte. Nesten alle sykepleielederne i denne studien gav også uttrykk for at de var opptatt av å skape faglig refleksjon i avdelingene. De mente at selve hensikten med refleksjonen ikke nødvendigvis var å få fram konkrete svar, men å sette i gang tankeprosesser hos personalet. Alle sykepleielederne var opptatt av at det daglige arbeidet skulle foregå på en faglig god måte og mente at ved å stille spørsmål kunne man utfordre de rådende oppfatningene blant personalet. Ved å være aktive i avdelingen der de stilte spørsmål ved ulike rutiner og måter ting ble gjort på prøvde de å fremme et miljø der det var mulig å stille spørsmål og på den måten få til faglige drøftinger.

To av informantene mente imidlertid at det var lite behov for veiledning og felles refleksjon i avdelingene. Dette begrunnet de med at de ansatte hadde jobbet i avdelingen så lenge og var erfarne fagpersoner. Disse sykepleielederne mente at tid til refleksjon kunne vært mer relevant hvis det skulle bli ansatt noen nyutdannede sykepleiere i avdelingen. Med andre ord la de ikke opp til noen form for utfordring rundt de mentale modellene for de ansatte. Når man ikke får utfordret seg selv og sine mentale modeller vil man heller ikke stille spørsmål ved holdbarheten i dem. Selv om de ansatte har vært ansatt lenge i avdelingen og har høy kompetanse på fagfeltet vil det til enhver tid være nye faglige utfordringer sykepleierne har behov for å lære seg. Kanskje spesielt i en avdeling med relativt homogene ansatte, med lik utdannelses og arbeidsbakgrunn, vil det være viktig å stille de mentale modellene i kritisk lys. Slik brødrene Dreyfus skisserer det i sin modell vil den enkelte yrkesutøver nettopp være avhengig av å reflektere over egen yrkesutøvelse for å kunne utvikle seg videre som fagperson. Kompetanse vil ikke være noe man tilegner seg en gang, men må hele tiden

utvikles videre. En slik holdning som de to sykepleielederne hadde, kan dermed sies å være et hinder i forhold til de ansattes mulighet for å utvikle seg videre som fagpersoner.

Ifølge Lian(2003) kan bruk av veiledning som metode i ulike arbeidsrelaterte sammenhenger styrke bevisstheten og refleksjonen på eget arbeid i samhandling med andre. I denne studien beskrev sykepleielederne ulike tiltak som tilbud om veiledningsgrupper og faglige refleksjonsgrupper. Slike veiledningsgrupper ble også omtalt som forum der sykepleierne kunne bearbeide opplevelser og erfaringer sammen med kolleger. Gjennom å dele felles erfaringer kunne sykepleierne få satt ord på taus kunnskap som de bar med seg uten selv å være klar over det. Veiledningen ble i stor grad ledet av sykepleielederne og de brukte denne tiden til å ta opp ulike faglige problemstillinger, vanskelige pasientsituasjoner og lignende som personalet hadde behov for å snakke om. Bjørk(2001) skriver at læring i relasjon til mentale modeller går ut på å klargjøre indre bilder av verden og oppdage hvordan de former egne og virksomhetens beslutninger og handlinger. Gjennom refleksjonen mente sykepleielederne i denne studien at man kunne få løftet ulike problemstillinger opp på et annet plan der man kunne granske situasjonen i et annet perspektiv. Dette støttes av Gjems(2003) som skriver at man i veiledningen trekker inn teoretiske begrep fra utdannelsen som kombineres med opplevelser og erfaringer fra den praktiske hverdagen for å få til en helhetlig tenkning. Til sammen vil dette kunne hjelpe sykepleierne i avdelingene til å vurdere nærmere egen fagutøvelse og øke hele sykepleiekompetansen ikke bare deler av den.

Noen av sykepleielederne prøvde også å motivere de ansatte til å se på bakenforliggende verdier i yrkesutøvelsen. Dette gjorde de for å bevisstgjøre sykepleierne i forhold til hvilke verdier som lå i bunn av yrkesutøvelsen. I teoridelen ble det redegjort for Argyris og Schön sitt begrep handlingsteorier. Hvis man i veiledning og refleksjon bare har fokus på de faktiske og synlige handlinger vil dette innebære at man har fokus på de uttalte teoriene. For at man skal få til læring i en organisasjon mener Argyris og Schön at det var viktig at man går bak de synlige handlingene og stiller spørsmål ved selve grunnlaget for handlingene som blir utført, såkalt dobbeltkretslæring. For å få til en endring i organisasjonen må man slik sykepleielederne i denne studien prøvde å gjøre, stille dypere spørsmål ved selve grunnlaget og verdiene bak handlingene.

Enkelte av sykepleielederne i studien mente at det var unødvendig å stille spørsmål ved rutinene i avdelingen de hadde ansvaret for. En av årsakene de oppgav til dette var at arbeidet

i avdelingen fungerte bra. Siden de som ledere ikke fikk tilbakemeldinger om noe annet mente de at det ikke var noen grunn til å stille spørsmål ved rutinene. Senge(1991) skriver at hvis ikke de mentale modellene i organisasjonen blir gransket nærmere, vil de begrense organisasjonens operative område til de handlingene som er kjente og bekvemme. Det vil da kunne være en lettvinnt løsning både for sykepleieleder og de ansatte ikke å stille spørsmål med rutinene i avdelingen. Sykepleielederne mente at de til dels selv hadde godkjent rutinene og disse derfor fungerte bra i avdelingen. De kunne heller ikke se noen grunn til å stille spørsmål ved dem. Ifølge Senge(1991) er det svært viktig at lederen går foran med et godt eksempel og går inn i sine egne mentale modeller for å motivere de ansatte til også å gå inn i sine mentale modeller. En slik holdning som enkelte av sykepleielederne her viste kan lett medføre at hele avdelingen gror fast i et mønster der nye tanker blir møtt med motstand. Siden ingen lenger stiller spørsmål ved de valgte løsningene er det heller aldri nødvendig å tenke over om rutinene som brukes i dag er tilfredsstillende.

Sykehusavdelingene i studien hadde ansatte som var utdannet innen ulike yrker som regnes for profesjoner. Dette medfører at kulturen i avdelingen i stor grad også blir preget av de ulike faggruppens faglige og etiske normer som de ansatte tar med seg inn i organisasjonen. Alle former for profesjonell opplæring vil innpode en viss mengde nærsynthet i de menneskene som blir utdannet (Nordhaug, 2000:207). Dette innebærer at med bare profesjonelle medarbeidere kan man lett overse muligheter på grunn av felles mentale modeller som man har tilegnet seg gjennom utdanningen. Ingen av avdelingene i denne studien hadde forum for felles refleksjon der ulike profesjonsgrupper var tilstede. Årsaken til dette mente sykepleielederne var at de bare hadde lederansvar for pleiepersonalet. Det var derfor sykepleiere og hjelpepleiere som deltok på ulike tiltak i forhold til refleksjon og veiledning som sykepleielederen tilrettela for. Det kunne dermed virke som om det ikke var kultur for noe tverrfaglig forum for refleksjon i sykehuset. Bare en av sykepleielederne sa noe om at hun savnet muligheten for å ha et forum for etiske diskusjoner sykepleiere og leger imellom. Ifølge Marnburg(2001) er problemet med profesjonskulturer at de bare delvis er bevisst, og at profesjonene derfor ikke stiller spørsmål ved dem. Det kunne dermed virke som om felles refleksjon var noe få av sykepleielederne hadde tenkt videre på. Sykepleielederen som savnet et felles møtepunkt hadde imidlertid ikke gjort noen tiltak for å få til dette. I en del tilfeller kan det være klart at måten en gjør tingene på fungerer dårlig og til tross for at problemet tas opp og erkjennes fortsetter man som man alltid har gjort.

Gjennom utdannelsen vil profesjonelle slik jeg har beskrevet i kapittel 2 lære seg ulike kognitive og tankemessige kart for hvordan problemer skal analyseres og angripes. Når alle sykepleielederne i denne studien da velger å ha veiledning og refleksjon med grupper bestående av personale som jobber ved samme avdeling og med samme utdannings- og yrkesbakgrunn kan deltakerne i gruppen bli veldig like i tankegangen sin. Læringen kan da lett få preg av enkeltkretslæring, der en tror på de allerede uttrykte teoriene. Årsaken til dette kan være at den felles kompetansen man allerede har hindrer en i å skaffe seg ny kunnskap. Hvis man hadde hatt mulighet for å utfordre mentale modeller på tvers av faggrupper kunne dette i større grad ført til at man utfordret hverandres mentale modeller og dermed fått til en større grad av dobbeltkretslæring. Utfordringen i tverrfaglige refleksjonsgrupper vil ifølge Lian(2003) være å overføre verdier og praksis knyttet til veiledning på tvers av profesjonsgrupper og fagmiljøer, slik at en større del av organisasjonen implementerer dette som en del av organisasjonskulturen. Det var imidlertid ikke gjort noen tiltak i forhold til å ha tverrfaglige veiledningsgrupper i de sykehusene denne studien ble gjennomført.

Hensikten med å granske de mentale modellene vil være å skape bevissthet om hvordan disse påvirker oss i hverdagen. De tiltakene sykepleielederne i denne studien beskrev for kompetanseutvikling var i stor grad var rettet mot å støtte opp om den allerede eksisterende tankegangen i avdelingen. Eksempelvis var deltakerne i veiledningsgrupper utelukkende sykepleiere og hjelpepleiere fra samme avdeling. Det kunne dermed gi inntrykk av at de snarere virket forsterkende enn svekkende på mentale modeller. Refleksjon over mentale modeller som en måte å lære på har mye til felles med disiplinen gruppelæring. Kjerneområdet innen disiplinen mentale modeller er å stille spørsmål ved og bringe de mentale modellene opp til overflaten gjennom felles refleksjon.

5.3 Felles visjon

En felles visjon vil være avgjørende for den lærende organisasjonen fordi den vil gi læringen fokus og energi. Ifølge Senge(1991) vil det ikke være lett å finne eksempler på organisasjoner som har nådd langt uten å ha mål og verdier som gjennomsyrrer organisasjonen. I hvilken grad sykehusavdelingene i denne studien hadde felles visjoner og hvordan disse påvirket det daglige arbeidet vil dermed være interessant. I kapittel 2 ble hensikten med slike felles mål beskrevet gjennom at de blant annet vil ha en motiverende effekt på de ansatte samtidig som de kan ha en styrende funksjon og gi retningslinjer for arbeidet.

I denne studien viste det seg at målsetninger i ulik grad var et prioritert område for avdelingene. Dette innebar at mer enn halvparten av sykepleielederne kunne fortelle at avdelingen ikke hadde mål, eller at målene som eksisterte var flere år gamle. Senge(1994) vektlegger at man må holde visjonen ved like. Han skriver at man ikke skal ha visjonen hengende på veggen som en trykket plakater i et hjørne av bygningen. (Senge, 1994:305). På spørsmål om man hadde mål for avdelingen kunne flere av sykepleielederne i studien ikke selv referere hva avdelingens mål var, men de visste stort sett hvor de kunne finne dem. Dette innebar da at målene var trykket opp på et papir som lå i en hylle eller hang på veggen i avdelingen.

Den profesjonelle organisasjonen kjennetegnes blant annet av den kan ha flere og ofte motstridende mål. I et sykehus kan man se store kulturforskjeller mellom ulike divisjoner, sengeposter og profesjonsgrupper. I en slik organisasjon kan det dermed lett oppstå målkonflikter. Eksempel kan være konflikter mellom ulike profesjoner sine mål eller mellom profesjoner og den administrative ledelsen sine mål. Siden samordningsmekanismene i organisasjonen er svake kan faren da være tilstede for at de enkelte gruppene vil forfølge sine egne mål, mens den sentrale samordningen blir skadelidende (Bukve, 2000:160). I denne studien virket det som om det til en viss grad ikke ble kommunisert konkrete mål på noe nivå i organisasjonen. Det kunne dermed virke som om arbeidet i stor grad ble styrt gjennom ulike subkulturer sine mål uten å ta hensyn til organisasjonens overordnede mål.

De fleste målene som eksisterte i avdelingene var diffuse og ikke målbare. Eksempel på slike mål kunne være at: "Pasienten skulle få god pleie og behandling" og "Pårørende skulle føle seg ivaretatt". Slike mål vil være vanskelige å evaluere samt det vil være usikkert i hvilken grad de har noen motiverende effekt for personalet. Hvis man ønsker at målene skal ha en styrende og motiverende funksjon samtidig som de skal være mulige å benytte som evalueringskriterier må de være forholdsvis klart operasjonalisert (Jakobsen og Thorsvik, 2002:47). Målene i sykehusavdelingen var for diffuse til å kunne oppfylle kriteriene om å være klart operasjonaliserbare. Hensikten med en felles visjon er ifølge Senge(1994) at den skal bygge en felles mening i organisasjonen. Gjennom visjonen skal de ansatte få en følelse av hva som er viktig og hvorfor. Manglende konkrete mål gjør det vanskelig for de ansatte å se hva som bør prioriteres opp og ned.

To av avdelingene i studien hadde delt målene opp i langsiktige og kortsiktige mål. De langsiktige målene kunne for eksempel være at: ”Pasienten skal føle seg trygg i behandlingssituasjonen”, dette målet fungerte da som en visjon. Samtidig hadde man laget mer konkrete kortsiktige mål som man evaluerte oppnåelsen av år for år. Det var disse konkrete målene personalet jobbet med i hverdagen. Eksempler på kortsiktige mål var at: ”At pasienten skal få en forståelig informasjon, både muntlig og skriftlig”. De langsiktige målene var da mål som var viktige for de ansatte og kunne skape en felles mening med alt arbeidet personalet utførte. Gjennom å dele de langsiktige målene opp i mer konkrete mål kunne personalet lettere se målene i hverdagen. Målene ble også evaluert hvert år og på denne måten oppnådde man å stadig holde dem aktive. Felles visjoner vil ifølge Høst(2005) si at de ansatte utvikler en felles forståelse av hva man ønsker å oppnå gjennom den gjensidige innsatsen. Slike felles oppfatninger er ikke evige, men må stadig klargjøres og være synlige for alle ansatte i virksomheten (Høst, 2005:207). Dette vil da være lite forenlig med de sykepleielederne som knapt visste hvor målene var skrevet ned og langt mindre visste hva de inneholdt. På den andre siden hadde noen av avdelingene faste rutiner for å ta opp målene til vurdering hvert år. De så da på forrige års mål og hvordan arbeidet med målene hadde fungert. Hensikten var at avdelingen skulle gå gjennom rutinene sine i forhold til målene for å se på om det var noe man burde endre på. Med andre ord var det et språk i arbeidspraksisen til de ulike sykepleielederne med hensyn til å skape felles visjoner i avdelingene. Enkelte av sykepleielederne prioriterte målarbeidet, mens andre ikke gjorde det.

Å bygge en felles visjon dreier seg om å utvikle en felles oppfatning av meningen med den kollektive innsatsen. De fleste av sykepleielederne i denne studien hadde laget avdelingens mål i felleskap med de ansatte. Sykepleielederne hadde da brukt personalmøter for å samle de ansatte i grupper der man hadde diskutert hvilke mål man ønsket å ha i avdelingen. Ifølge Senge(1994) vil det være viktig at målsetningen gjenspeiler den enkelte ansattes egen personlige visjon for å få til en felles forpliktelse overfor denne. Felles blir visjonen gjennom en prosess der alle aktivt deler sine personlige verdsett med andre (Hustad, 1998:41). Ved at sykepleielederne i denne studien hadde samlet de ansatte i grupper kunne det være mulighet for at hver enkelt kunne komme med sine tanker om mål. Alle sykepleielederne i studien var derimot ikke enig i at man burde lage mål sammen med personalet.

Flere av sykepleieledere i studien kommenterte at det å få de ansatte interessert i målarbeid ikke alltid var like enkelt. Å tvinge visjoner på en person eller en gruppe ansatte vil ifølge

Senge(1991) i beste fall føre til bare ordrelydighet – ikke forpliktende innstilling. Dette førte også til at arbeidet med mål til dels ble nedprioritert av sykepleielederen. En av sykepleielederne hadde laget målene uten at de ansatte var med i dette arbeidet. Hun begrunnet dette valget med at de ansatte generelt var lite interessert i avdelingens mål. En felles visjon i avdelingen skal ifølge Senge(1991) kunne forandre menneskenes forhold til bedriften. Den vil ikke lenger være ”deres bedrift” – men bli til ”vår bedrift”. Til tross for at målene for avdelingen ofte var laget sammen med de ansatte var det ingen av sykepleielederne i denne studien som med sikkerhet kunne si at de ansatte kjente til avdelingens mål. Sykepleielederne var også usikre på i hvilken grad målene var med på å styre det daglige arbeidet i avdelingen. Det kunne dermed virke som om de ansatte til tross for at målene var laget i felleskap av ulike årsaker ikke hadde interesse for eller så hensikten med målene.

Det vil være en viktig lederoppgave å få de ansatte til å jobbe i forhold til målene som er satt for avdelingen. Når man lager felles visjoner i en avdeling vil denne bestå av alle de ansattes personlige visjoner det vil dermed være lederens ansvar å binde visjonene sammen til noe som er felles. Dette var det i denne studien ulik praktisering i forhold til. Det praktiske arbeidet med målsetninger vil ifølge Øgar og Hovland(2004) blant annet bestå i å skape en kultur, prosesser og prosedyrer som bidrar til at krav og målsetninger blir kjent, akseptert og etterlevd i organisasjonen. Noen av sykepleielederne i denne studien prøvde til stadighet å ta opp avdelingens mål på personalmøter, medarbeidersamtaler og lignende for å få satt målene inn i hverdagen til personalet. Til tross for at målene til dels var ukjente for personalet mente sykepleielederne allikevel at de ansatte jobbet mot målene. Ifølge Bjørk(2001) vil lederen ha en vesentlig rolle i å legge til rette for virkeliggjøring av felles visjoner. Enkelte av sykepleielederne i denne studien prøvde også å ta tak i målene i hverdagen og påpeke for personalet hvordan de jobbet mot målene. En slik bevisstgjøring fra sykepleielederens side kan hjelpe personalet til å bli oppmerksom på at man faktisk jobber mot målene man har satt seg.

Flere av sykepleielederne nevnte at det i alle sykepleiere lå uutalte mål som styrte yrkesutøvelsen. De ansatte hadde noen felles mål for yrkesutøvelsen som ikke ble utalt men som styrte alt de gjorde. Slike mål kunne være at man skulle forhindre at det oppstod infeksjoner i operasjonssår og lignende. Disse felles målene forklarte sykepleielederne hadde utspring i felles verdier og holdninger sykepleierne hadde tilegnet seg gjennom utdannelsen

sin. Ifølge Jakobsen og Thorsvik(2002) vil den enkelte gjennom utdanning ikke bare tilegne seg kunnskap, men også verdier, holdninger og sosiale identifikasjoner som vedkommende bringer med seg når han eller hun rekrutteres til organisasjonen. Slike uutalte mål vil være med på å påvirke sykepleieren i det daglige arbeidet uten at hun nødvendigvis er seg dette bevisst. Dette innebærer at selv om sykepleielederne i denne studien i ulik grad var opptatt av å lage, følge opp og evaluere mål, så lå det kulturmessige forhold til rette for at det var de profesjonelle målene som var en følge av yrkesgruppens felles utdanningsbakgrunn som styrte arbeidet. Årsaken var den styringslogikken som preger profesjonsbyråkratiet. Sykepleierne vil i sine prioriteringer styres av det som er faglig ”riktig” ikke ut ifra hva som er ”korrekt” ut ifra avdelingen sine mål og budsjett. Hvis ikke målene oppleves som relevante og legitime så vil de få liten gjennomslagskraft hos profesjonene.

Samtidig som man bygger en felles visjon i avdelingen vil det være viktig å fokusere på gruppelæring. Når man har et felles mål å jobbe mot vil det være viktig at man lærer seg å jobbe i sammen for å nå de felles målene man har satt seg.

5.4 Gruppelæring

Ser man på sykehusets kompetanse som helhet vil denne bestå av samtlige faggrupper og avdelinger sin kompetanse. Dette betyr at til sammen vil de ansatte i et sykehus ha både mye utdanning og praktisk erfaring. Vanskeligheten ligger i at den samlede kompetansen ikke uten videre er tilgjengelig for bruk. Hvis sykehuset som organisasjon ønsker å ta i bruk individuelle kunnskaper er man nødt til å hente dem fram samt ha tiltak for deling av kunnskap mellom de ansatte. Det var derfor aktuelt å få mer informasjon om hva sykepleielederne gjorde for å ta i bruk individuell kunnskap og skape arenaer for deling av kunnskap i avdelingene de hadde ansvaret for.

Å få til en overgang fra individuell kunnskap til kollektiv kunnskap vil være et kritisk punkt for læring i en organisasjon (Jakobsen og Thorsvik, 2002:337). De ansatte vil hver for seg ha mye kompetanse samtidig som de har evne til å tilegne seg mer kunnskap gjennom erfaring og utdanning. Sykepleielederne i denne studien beskrev ulike tiltak for deling av kunnskap mellom pleiepersonalet. De mente derimot at det ikke var nødvendig med tiltak for at ulike faggrupper skulle dele kunnskap med hverandre.

For at ny kunnskap og gode ideer ikke bare skal bli værende i en organisasjonsenhet eller hos enkeltansatte er det ifølge Høst(2005) viktig å legge til rette for at dette kan spres i hele organisasjonen. Alle sykepleielederne i studien var opptatt av at ansatte som hadde vært på ulike kurs og videreutdanninger skulle dele det de hadde lært med resten av personalet i avdelingen. Alle avdelingene hadde derfor rutiner for tilbakemelding fra kurs som vanligvis skulle skje på personalmøter og lignende. De ansatte som hadde vært på kurs skulle da fortelle resten av avdelingen hva de hadde lært for på denne måten å dele den nye kunnskapen med resten av personalet. Problemstillingen med denne formen for undervisning vil ifølge Holter(1990) være at det ikke er noen automatisk sammenheng mellom kunnskap og handling. Den kunnskapen som finnes i avdelingen eller ny kunnskap som blir undervist i blir ikke nødvendigvis omsatt til praksis (Holter, 1990:175). Dette hadde også flere av sykepleielederne sett og kommenterte at de derfor alltid prøvde å sende flere ansatte på de samme kursene. En av sykepleielederne sa at det rett og slett ikke hadde noen hensikt å sende en eller to på et kurs. Hun mente at hele avdelingen måtte høre den samme informasjonen for at man skulle ha mulighet for at den nye kunnskapen ble tatt i bruk og førte til endringer i avdelingen sin praksis. Generelt mente sykepleielederne at hvis flere ansatte fikk tilegne seg samme kunnskap ville det være enklere å bringe den videre til resten av de ansatte. Noen av sykepleielederne utfordret personalet i forhold til hvordan man kunne få ny kunnskap over i aktive handlinger i avdelingen.

Hvordan man organiserer det daglige arbeidet vil kunne ha stor betydning for muligheten til å dele kunnskap med hverandre. I kompetanseberetningen ble helse og sosialsektoren regnet for læringsfattig. Noe av årsaken til dette er at arbeidet er organisert på en måte som i liten grad fremmer læring (Erlandsen, 2004:25). Det viste seg at bortimot alle avdelingene i denne studien organiserte det daglige arbeidet etter en gruppemodell. Det kan dermed virke som om dette er den vanligste formen for organisering av pleiearbeidet i dette helseforetaket. Gruppesykepleie innebar at pleiepersonalet jobbet sammen i grupper, som bestod av to til fire sykepleiere og/eller hjelpepleiere. Hver gruppe hadde en sykepleier som gruppeleder og denne hadde videre ansvaret for å organisere arbeidet internt i gruppen samtidig som hun skulle fordele ulike arbeidsoppgaver på gruppemedlemmene.

En slik organisering som sykepleielederne i denne studien beskriver kunne være en god mulighet for å dele kunnskap med hverandre. Gjennom å jobbe sammen i grupper kan man ha felles faglige dialoger og dermed lære av hverandre. Problemstillingen ligger i om gruppen

fungerer som et felleskap der man deler kunnskap. Ifølge Bjørk(2001) kan gruppen lett bare være en gruppe i navnet. Hvor mye deling av kunnskap som skjer mellom sykepleierne vil dermed være avhengig av hvor mye kontakt de har med hverandre gjennom arbeidsdagen. Ifølge Akre og Ludvigsen(1997) vil kunnskapsoverføring først finne sted når de ansatte kan få delta i en sosial praksis. Dette innebærer at de aktiviteter som etter hvert skal mestres først må læres i situasjoner der man har mulighet for å få støtte og hjelp til deler av problemløsningen. I denne studien beskriver sykepleielederne en organisering som innebærer at personalet for det meste jobbet alene på hvert sitt rom. Det kan da være vanskelig å få til kunnskapsoverføring mellom kolleger.

Slik det beskrives i kapittel 2 kan teoretisk kunnskap enkelt overføres mellom ulike personer gjennom skriftlige prosedyrer og lignende. Dette er derimot ikke tilfelle med den praktiske kunnskapen som i mye større grad finnes som taus kunnskap. Den beste måten å overføre en sykepleiers sin tause kunnskap til en annen vil være hvis disse kan jobbe sammen og observere hverandre i arbeidet. I denne studien viste det seg imidlertid at personalet bare jobbet sammen hvis det var praktiske årsaker som gjorde det nødvendig. Sykepleielederne i studien eksemplifiserte det med at i situasjoner med nyopererte eller tunge pasienter hadde man behov for å jobbe sammen to sykepleiere for å kunne snu pasienten faglig riktig.

Mye uformell læring kan skje gjennom at ulike mennesker jobber sammen om felles arbeidsoppgaver. Ifølge Nordhaug(2000) vil overføring av kompetanse mellom kolleger være en av de viktigste formene for læring i arbeidslivet. Gjennom at sykepleiere er sammen i ulike pasientsituasjoner kan dette danne utgangspunkt for en felles problemløsning slik Senge beskriver i disiplinen om gruppelæring. En av sykepleielederne i studien hadde hatt et ønske om at sykepleierne skulle jobbe mer sammen to og to. Hun mente at de da kunne observere og gi hverandre tilbakemeldinger på yrkesutøvelsen. Hun hadde prøvd å igangsette dette i avdelingen. Det som skjedde var at sykepleierne allikevel for det meste jobbet alene. Noe av årsaken til dette kan være det Bjørk fant i sin undersøkelse om læring i sykehusavdelinger, at det "Å gå alene ble sett på som å ta ansvar og var positivt ladet." (Bjørk, 2001:6). Dette var det ingen av sykepleielederne i denne studien som sa noe om, kanskje er det noe som ikke er like kjent.

En av årsakene til at det blir sett på som positivt å jobbe alene kan være tidspress. Alle sykepleielederne i studien beskrev at etter omorganiseringen av sykehuset til et foretak var det

blitt travlere dager for personalet. De fleste sykepleielederne opplevde også at de hadde fått økte krav om effektivitet og produksjon i sengepostene. En av sykepleielederne i studien kommenterte at etter at man hadde kuttet senger i divisjonen ble det faktisk behandlet flere pasienter enn før kuttene. Dette førte naturlig nok til et økt press på personalet. Alle faggrupper på sykehusene merket kravet om effektivitet. Akre (1998) skriver at legene opplever at de "rom" man før hadde til kollektiv refleksjon blir mindre når produksjonspresset øker, noe som oppleves som en utarming av læringsmiljøet. En av sykepleielederne i studien kommenterte at man tidligere hadde hatt litt å gå på. Hvis man da hadde en ansatt som var utrygg i utførelsen av en prosedyre hadde det vært tid og mulighet for å veilede denne. Slik var det ikke nå lenger.

Fra en nyutdannet sykepleier begynner sitt yrkesaktive liv som uerfaren novise til hun er ekspert innenfor sitt fagfelt, skjer hoveddelen av den faglige utviklingen etter fullført utdanning. Dette vil være slik Rammeplan for sykepleieutdanningen legger føringer for. En nyutdannet sykepleier skal ifølge rammeplanen bare kunne fungere selvstendig innenfor visse grunnleggende områder. Den videre faglige utviklingen bør skje i praktiske læresituasjoner hun møter i det daglige arbeidet. Fordelen med denne læringen er at den skjer der kunnskapen skal brukes. Problemet er i hvilken grad sykehusene er gode læringsmiljø for nyutdannede sykepleiere. De siste årene har norsk helsevesen fått et økende fokus på produksjon. Samfunnet vil ha mer helse for hver krone. En av sykepleielederne i studien kommenterte også at det ikke lenger var plass for sykepleiere som ikke fullt ut kunne fungere som sykepleiere i norsk helsevesen. Sett i lys av brødrene Dreyfus teori om faglig utvikling kan det virke som om det ikke lenger er rom for novisen i sykehusene. Det kan dermed se ut som om arbeidsgiver i en del tilfeller har for høye forventninger til en nyutdannet sykepleier sitt funksjonsnivå.

Kunnskap og arbeidsoppgaver vil til dels være monopolisert som en del av profesjonaliseringen i sykehusene. Hvordan kan ledelsen være med på å påvirke de ansatte til å dele kunnskap med hverandre slik at det ikke bare er individene som lærer, men hele organisasjonen. Slik Senge ser det kan løsningen være å utvikle læringshorisonten ved at man jobber sammen i grupper. På denne måten kan en få til et større fokusområde, spesielt hvis man passer på at gruppene som jobber sammen er tverrfaglige. Arbeidstakere som går inn i et avgrenset arbeidsområde, bruker ofte mesteparten av sin tid sammen med folk som enten likner dem selv, eller har de samme faglige interesser (Nordhaug, 2000:210). Grupper

bestående av kun personell med samme utdanningsbakgrunn kan dermed risikere at de i stedet for å lære nytt forsterker det bildet av organisasjonen de allerede har. Hvis man øker samhandlingen mellom ulike fagområder kan man øke muligheten for læring i organisasjonen som helhet. Sykepleielederne i denne studien gjorde lite i forhold til å tilrettelegge for deling av kunnskap på tvers av faggrupper og avdelinger. Årsaken var at sykepleielederne mente at faggruppene selv naturlig delte kunnskap med hverandre uten at man trengte å tilrettelegge for dette. De ansatte kjente hverandre så godt at var det noe man lurte på så spurte man. Sykepleielederne gav inntrykk av at det tverrfaglige samarbeidet var en del av kulturen i avdelingen. Dette innebar at deling av kunnskap i stor grad var overlatt til den enkelte ansatte.

Når sykepleierne har så liten samhandling med hverandre og andre faggrupper som sykepleielederne i denne studien beskriver vil den kunnskapen som finnes hos enkeltindividene lett kunne forbli der som individuell kunnskap. En årsak til problemet å gå fra individuell til organisatorisk læring er at mennesker i en organisasjon gjerne leter etter problemer og løsninger innenfor det området de selv jobber, mens de i mindre grad er opptatt av andre avdelinger sitt arbeid. Hver beslutningstaker har en mental modell av en avgrenset del av problemet, og velger handlingsalternativ ut fra sin lokale rasjonalitet. Hvis man tenker helhetlig slik Senge beskriver i den femte disiplin vil man kunne se seg selv som en del av en større helhet.

5.5 Den femte disiplin

Jeg vil under den femte disiplin begrense meg til i hovedsak å drøfte de formelle og strukturelle aspektene rundt teorien. Årsaken til dette er at den femte disiplinen er omfattende og kompleks og det vil ikke være mulig å drøfte alle sider ved disiplinen her. Samtidig er den femte disiplin mer en grunnleggende tenkemåte for hele organisasjonen enn noe annet.

Den femte disiplinen som er systemisk tenkning skal vise hvordan man kan tenke helhetlig. Senge mener at altfor mange beslutninger og handlinger er preget av nærsynthet og kortsiktighet (Marnburg, 2001:39). Derfor innfører han disiplinen systemisk tenkning som skal vise hvordan man kan tenke helhetlig. Disiplinen innebærer i hovedsak at organisasjoner som vil lære også må øve seg på å se verden i et helhetsperspektiv. Mange av dagens løsninger vil bli morgendagens problemer, hvis en ikke ser organisasjonen som helhet (Senge, 1991:65). Sykehusreformen førte til store forandringer blant annet i sykehusstrukturen. Siden

Senge sitt sentrale poeng i forhold til systemisk tenkning er at man ikke kan endre en del av systemet uten at det får konsekvenser for andre deler vil det være naturlig å tro at disse endringene også har fått innvirkning på kompetansearbeidet i sykehusavdelingene. Sykepleielederne i denne studien mente at de omfattende endringene som var gjennomført i sykehuset hadde ført til en mer her og nå tenkende holdning. Usikkerheten i forhold til framtidige forhold var så stor at det var liten grunn til å planlegge lenger fram enn et budsjettår.

For å få best mulig utnyttelse av kompetansen man bygger opp vil målet være at kompetanseutvikling foregår som en integrert del av den overordnede virksomhetsplanleggingen. Hvis sykehusene skal kunne drive et målrettet kompetansearbeid bør ledelsen blant annet ha oversikt over den allerede eksisterende kompetansen som er tilgjengelig i de ulike avdelingene. I denne studien beskrev enkelte av sykepleielederne at de hadde gjennomført en omfattende kompetansekartlegging av de ansatte på oppfordring fra sin ledelse. Kartleggingen hadde tatt utgangspunkt i nåværende kompetanse, men hadde også dekket områder som hva den enkelte ansatte kunne tenke seg i forhold til framtidig læring og kunnskapsutvikling. En slik kartlegging kunne ha vært et godt utgangspunkt for å planlegge det videre kompetansearbeidet i avdelingen, men ingen av sykepleielederne visste hva informasjonen var brukt til i ettertid.

Etter at foretaksmodellen ble innført hadde sykehusene blitt delt inn i divisjoner etter hvilke fagområder man jobbet innenfor. Dette innebar at en institusjon kunne ha avdelinger som tilhørte fire ulike divisjoner med hver sin divisjonsledelse. Disse rammene gav sykepleielederne i studien uttrykk for at påvirket hverdagen deres. Tidligere hadde man hatt en lokal ledelse å forholde seg til på hvert enkelt sykehus. Dette mente alle sykepleielederne at hadde skapt enklere samarbeidsforhold på tvers av ulike avdelinger. Etter at sykehuset var divisjonalisert mente flere av sykepleielederne at det var manglende felles kommunikasjonskanaler mellom divisjonene på det enkelte sykehus som forårsaket samarbeidsproblemer. Holter(1990) skriver at de forskjellige lederne i praksis må vise at de sammen er et team. De må formidle at samarbeidet mellom gruppene er en vesentlig verdi og styrke, og at det er forventet at dette skjer (Holter, 1990:345). I denne studien ble ikke dette gjennomført på avdelingssykepleiernivå. Tidligere hadde sykehuset hatt en lokal ledelse i hver institusjon. Sykepleielederne mente at den lokale ledelsen i større grad hadde sørget for at personalet samarbeidet og tenkte helhetlig. Flere av sykepleielederne gav nå uttrykk for at

det var blitt mer naturlig å samarbeide med andre avdelinger innen samme divisjon enn andre avdelinger i samme institusjon. Dette til tross for geografiske avstander mellom institusjonene. Årsaken var ifølge sykepleielederne at man da hadde felles ledelse som la opp til samarbeid innad i divisjonen.

Tidligere i oppgaven er sykehus beskrevet som et profesjonelt byråkrati, noe som blant annet innebærer at de ansatte tilhører ulike profesjoner. Et av kjennetegnene med profesjoner er ifølge Strand(2003) at de har oppgaver eller klienter som bare den profesjonelle yrkesutøveren kan ivareta. Monopolisering av arbeidsoppgaver kan vanskeliggjøre helhetstankegangen. I denne studien mente også enkelte av sykepleielederne at de ansatte lett bare så sitt eget fagområde. Det at sykepleierne bare ser sine oppgaver i avdelingen og har mindre oppmerksomhet på helheten kan føre til at en forskyver problemer fra en avdeling til en annen. Helhetstenkning vil handle om å se at ting henger sammen, og at hver enkelt ansatt ser seg selv som en del av en større helhet (Høst, 2005:210). Mangel på helhetstenkning kan man ofte se i et sykehus når en avdeling har ledige senger, mens andre avdelinger har senger med pasienter i korridorene. Dette var et problem som sykepleielederne i studien mente hadde økt etter omorganiseringen. Tidligere hadde det vært lettere å overflytte pasienter mellom ulike fagområder. Nå var dette blitt så tungvint at man i en del tilfeller valgte å beholde pasienten i sengeposten hvis dette var faglig forsvarlig. Når spesialiseringen av arbeidsoppgaver i sykehusene fører til slike løsninger blir det lite helhetstenkning.

En løsning for å få mer helhetstenkning blant personalet kunne vært bruk av jobbrotasjon eller hospitering på tvers av avdelinger. Flere av sykepleielederne i studien beskrev bruk av hospitering som et bra tiltak for å øke kompetanse hos de ansatte. Ifølge Nordhaug(1994) vil hospitering kunne være en måte å utvikle kompetanse på som blant annet kan bidra til å skape større forståelse for bredden i virksomheten og de problemer andre har i sine jobber. Dette forutsetter imidlertid at hospiteringen også foregår innenfor andre medisinske fagområder og divisjoner. I denne studien viste det seg at tiltak som hospitering bare ble brukt innenfor avdelinger eller institusjoner som jobbet innenfor samme medisinske fagområde som hospitanten. Ved at ansatte hospiterte i andre avdelinger kunne de dermed øke sin fagkunnskap. Det man ikke la til rette for var å øke forståelsen for helheten i organisasjonen man jobbet innefor.

I denne studien kunne det virke som om det var få av sykepleielederne som hadde konkrete planer for kompetansearbeidet i avdelingen. Det finnes ifølge Kirchoff(2005) ingen entydige juridiske bestemmelser som krever utarbeidelse av planer for kompetanseutvikling i en organisasjon, som etterutdanningsplaner. Når det heller ikke finnes mål for kompetansearbeidet vil det bli vanskelig å koble dette sammen med budsjettarbeidet. Den eneste koblingen sykepleielederne i studien så mellom kompetansearbeid og budsjett var den formelle koblingen gjennom at det var en konto som het kurs/videreutdanning. Felles var også at budsjett og kompetanseplaner skulle skrives samtidig. Det kunne dermed virke som om koblingen mellom kompetansearbeid og budsjettarbeid var løsere koblet enn tidligere. De fleste av sykepleielederne i studien erfarte også at budsjettene til kurs og utdanning var blitt kraftig strammet inn de siste årene. Tidligere hadde de i større grad hatt mulighet for å sende personalet på ulike kurs. Ikke alle sykepleielederne var enige i slike utsagn. Dette var de sykepleielederne som i størst grad hadde igangsatt en del tiltak for uformell læring i avdelingen.

Konto for kurs/videreutdanning kunne ikke brukes til annet enn kurs og formelle opplæringstiltak. Dette vil dermed kunne være med på å legge føringer for hva slags kompetansearbeid man skal drive i avdelingene. Med andre ord kan man si at eventuelle uformelle opplæringstiltak i avdelingen må foregå innenfor avdelingens vanlige budsjettammer. Mens utgifter i forbindelse med formelle kurs og videreutdanninger ble dekket med en egen konto. Problemstillingen med slik satsing på eksternt arrangerte kurs og videreutdanninger er at man ofte investerer i kompetanse som er generell, i betydningen ikke-organisasjonsspesifikk (Nordhaug, 1994:130). Arbeidsgiver bygger da opp kompetanse som den ansatte lett kan ta med seg videre til andre arbeidsgivere. I motsetning til slike eksterne tiltak kan ulik intern opplæring i sykehuset gjøres mer organisasjonsspesifikk og det vil være mindre mulighet for å tape verdifull kompetanse.

Ingen av sykepleielederne i denne studien opplevde å bli stilt overfor forventninger fra sin leder om å drive med kompetansearbeid i avdelingen. Det var heller slik en av informantene uttalte det: "Det er vel jeg som informerer om hva vi lærer oss." Det kunne dermed virke som om ansvaret for kompetansearbeidet i stor grad var overlatt til den enkelte sykepleieleder. Resultatet ble at kompetansearbeid var avhengig av den enkelte sykepleieleder og hva denne prioriterte framfor hva organisasjonen som helhet hadde bruk for. På denne måten vil man ikke kunne få til en slik helhetstenkning som Senge beskriver i den 5. disiplin. Åke

Dalin(1999) skriver i sin bok kompetanseutvikling i arbeidslivet at han er kritisk til mye av den opplæringen som skjer i arbeidslivet, fordi den ofte står i en uklar og svak sammenheng med de prioriterte behov i bedriften. Når man setter manglende tilbakemeldinger fra leder og det at de fleste avdelingene i denne studien ikke hadde satt konkrete mål for kompetansearbeidet sammen kan det virke som om kompetansearbeidet ble preget av å være mer eller mindre tilfeldig. En av informantene mente at siden de ikke hadde fått noen ny stillingsinstruks gjorde de bare slik de trodde det skulle være.

I Lov om spesialisthelsetjenesten heter det blant annet at sykehusene skal sørge for at ansatt helsepersonell gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Det viste seg imidlertid at kompetanseutvikling sjelden var tema på ledermøter. Med andre ord er kompetanseutvikling ikke satt i system fra overordnet nivå i helseforetaket. Til tross for dette mente alle sykepleielederne i studien at det var deres ansvar å drive med kompetanseutvikling, noe som gjør at de bringer kompetanseutvikling tilbake på agendaen uten at det er satt i overordnet system. Det kan dermed virke som om sykepleielederne i denne studien til dels har tatt på seg dette ansvaret i forhold til pleiepersonalet i avdelingene. Dette er i tråd med funnene til Naustdal(2006), som skriver at sykepleielederne ser på seg selv som den sentrale i kompetansearbeidet for sykepleieprofesjon. Dette til tross for de omfattende endringene som er gjennomført i helsevesenet de siste årene.

For å få til en helhetstenkning rundt kompetansearbeidet i en organisasjon skriver Lai(2004) at ledelsen bør utvikle en overordnet plan for arbeidet med kompetanse basert på analyse av de faktiske krav og behov. Dette kunne virke som om var fraværende i dette helseforetaket. Også Nordhaug(1998) vektlegger at den menneskelige kompetansen må kobles sammen med bedriften sine mål og strategier ved planlegging av kompetanseutvikling. Sykepleielederne i denne studien mente selv at de ikke fikk noen konkrete føringer fra sin leder i forhold til kompetansearbeidet og derfor bare gjorde slik de selv mente var best. Siden ikke den overordnede ledelsen i sykehuset styrte kompetansearbeidet gjennom ordrer, visjoner, planer eller strategier kunne det virke som om dette arbeidet i stor grad ble preget av de ulike sykepleielederne sine tanker og meninger. Senge mener at vi skaper helheten gjennom handlingene våre. I mangel av annen helhetstenking skaper sykepleielederne kompetanseutvikling gjennom de tiltak de på godt og vondt klarer å få til i avdelingene sine. Dette viser seg blant annet gjennom at alle sykepleielederne har ulike tiltak i forhold til læring

i de avdelingene de har ansvaret for. Det mangler imidlertid et felles forum for deling av erfaringer i forhold til kompetanseutvikling både på tvers av divisjoner og internt i avdelinger.

6.0 Lærende sykehusavdelinger?

I denne studien har jeg sett nærmere på sykepleieledere og deres rolle i å skape et miljø for læring i sykehusavdelingen. Fokus har vært på hva sykepleielederne gjorde for å fremme læring blant de ansatte i avdelingene. Med bakgrunn i funnene mine og den teori jeg har presentert, mener jeg at sykepleielederne har en sentral rolle i arbeidet med kunnskapsutvikling i sykehusavdelingen. Sykepleielederne vil som mellomledere i et større sykehushierarki kunne være bindeledd både oppover og nedover i organisasjonen. Derfor vil de også utgjøre et sentralt kommunikasjonsledd når det gjelder spredning av kunnskap og kompetanse i sykehuset.

6.1 Funn i oppgaven

I innledningen presenterte jeg overordnet problemstilling med tre delspørsmål. Det første spørsmålet dreide seg om hvordan sykepleieledere tenker i forhold til arbeidet med å kartlegge nåværende kompetanse i avdelingen og i hvilken grad de knyttet sammen alle de ansattes mål om faglig utvikling til felles mål for avdelingen. Alle sykepleielederne som ble intervjuet i denne undersøkelsen var opptatt av å motivere de ansatte til læring. De benyttet seg blant annet av årlige medarbeidersamtaler for å kartlegge de ansattes kompetanse og interesser. Dette kartleggingsarbeidet ble imidlertid ikke koblet sammen med avdelingen sine mål.

Det viste seg at mange av avdelingene hadde til dels gamle eller så diffuse mål at de ikke var operasjonaliserbare i hverdagen. De fleste av sykepleielederne gav dessuten inntrykk av liten bevissthet rundt arbeidet med avdelingen sine mål. Eksempelvis kunne flertallet av sykepleielederne ikke gjengi noen av avdelingens mål selv. De tvilte også på at de ansatte visste hva som var avdelingen sine mål.

Det andre spørsmålet jeg hadde dreide seg om hva slags aktiviteter sykepleielederne iversatte for å skape rom for refleksjon og læring. Til tross for manglende retningslinjer fra sin overordnede ledelse mente alle sykepleielederne i studien at de hadde ansvar for å iverksette tiltak for å fremme læring i sykehusavdelingen. Dette kunne dermed virke som å være en uutalt verdi hos sykepleielederne. De tok ansvar for å iverksette tiltak i forhold til læring og kunnskapsutvikling i sengeposten. Et fellestrekk med tiltakene som ble iverksatt var graden av

formalisering, det dreide seg stort sett om formelle opplæringstiltak som kurs og videreutdanning. Samtidig hadde de fleste avdelingene ulike tiltak for å fremme refleksjon gjennom eksempelvis personalmøter og veiledningsgrupper. Sykepleielederne satte slike tiltak i system gjennom at man brukte matpausen eller ettermiddagsøkter til veiledning og refleksjon. Sykepleielederne mente at samarbeid og deling av kunnskap skjedde helt naturlig i mellom personale fra ulike yrkesgrupper uten at man trengte å iverksette tiltak i forhold til dette. Samtidig var det enkelte som savnet tid og rom for felles refleksjon på tvers av yrkesgrupper.

Det siste spørsmålet omhandlet hvordan sykepleielederne opplevde at rammene i organisasjonen påvirket arbeidet deres med kompetanseutvikling. Hva var deres egne tanker og erfaringer i forhold til at kunnskap skal vedlikeholdes og utvikles? Denne studien ble gjennomført innenfor to institusjoner i samme helseforetak. Til tross for dette kunne det virke som om det var svært ulike løsninger for hvordan man gjennomførte kompetansearbeidet i avdelingene. Jeg kunne heller ikke finne noen føringer som kunne føres tilbake til hvilken divisjon eller institusjon avdelingen tilhørte. Dette kan kanskje settes i sammenheng med at sykepleielederne manglet et forum der de kunne dele kunnskaper og erfaringer med hverandre på tvers av divisjoner.

Store endringer i organisasjonen og budsjett som ble endret hvert år, skapte forhold der det opplevdes som vanskelig å planlegge særlig langt fram i tid. Den eneste koblingen sykepleielederne så mellom kompetanseplaner og budsjett var at disse ble utarbeidet samtidig. Ledelsen ved sykehusene gav også lite klare føringer for hva de ønsket med arbeidet for å fremme læring. Flere av sykepleielederne kommenterte at de trodde ikke det ville bli etterlyst fra deres ledelse om de ikke hadde sendt noen av de ansatte på kurs i løpet av et år.

6.2 Teoretiske funn

Hvordan vil da en lærende sykehusavdeling se ut? Til tross for at jeg i denne studien fant mange hindringer for både individuell og kollektiv læring i helseforetaket, skjer det mye læring i sykehusavdelingene. Nedenfor vil jeg oppsummere og drøfte hovedfunnene i lys av Senge sin teori om de fem disiplinene.

Personlig mestring

Å utvikle personlig mestring handler både om å klarlegge hva som er våre personlige visjoner og utvikling av evnen til å se vår nåværende virkelighet. I en sykehusavdeling vil dette kunne innebære at det oppfattes som legitimt å utforske egne overbevisninger og visjoner samtidig som man har mulighet for å utvikle seg mot selvvalgte mål. Miljøet vil da kunne preges av trygghet og åpen dialog mellom personalet om hva som er meningsfullt og viktig for den enkelte ansatte. For at de ansatte skal få utvikle seg innen disiplinen personlig mestring kan sykepleielederen støtte opp om personlige tiltak, ideer og mål i avdelingen. En sykepleieleder som selv er trygg i rollen som leder kan kanskje lettere gi slipp på det faglige arbeidet til de ansatte. Den enkelte ansatte kan da få ta utgangspunkt i sitt faglige ståsted og sette seg personlige mål.

I en sykehusavdeling vil dette kunne innebære at de ansatte til enhver tid befinner seg på ulike trinn i sin faglige utvikling. Slik Benner og brødrene Dreyfus beskriver i sine teorier vil vi i praksis se noen ansatte på novisestadiet, mens andre nærmer seg ekspertnivå. For sykepleielederen kan dette innebære at hun i arbeidet med å fremme personlig mestring vil være en støtte og motivasjon for hver enkelt ansatt i deres personlige mestring ut ifra deres ståsted. En av utfordringene kan da være å få full aksept for å forfølge egne personlig mål både blant de ansatte og ledelsen. En sykehusavdeling har ulike rammer og forordninger som på hver sin måte kan legge føringer eller hindringer for dette arbeidet. Tradisjonelt har det nok vært liten praksis blant pleiepersonale for å drive med faglig utvikling i arbeidstiden. Samtidig som likhetstankegangen er en viktig verdi blant pleiepersonalet. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom en arbeidsdeling der "alle gjør det samme". Når vi samtidig ser et økende produksjonspress i sykehusene kan disse faktorene være med på å hindre lederne i å utøve eller inspirere til disiplinen personlig mestring. I denne studien ble det sagt at det ikke lenger var åpning for sykepleiere som ikke kunne fungere som sykepleiere. Det ble med andre ord ikke gitt rom for faglig usikkerhet. Dette kan bety at rommet for både novisene til å utvikle seg til erfarne sykepleiere, og for de erfarne å utvikle seg til eksperter, kan ha blitt mindre.

En av sykehusavdelingene i studien hadde imidlertid klart å løse problemstillingen ved å lage en klinisk fagstige. Denne stigen fungerte også som et hjelpemiddel for sykepleielederen når hun skulle ta hensyn til den enkelte ansatte sitt faglige ståsted. Gjennom at ulike insentiver som kursdeltakelse, hospitering og lignende var knyttet til de ulike trinnene i stigen fungerte den også som motivasjon for de ansatte til å jobbe seg oppover på trinnene.

Mentale modeller

Mentale modeller dreier seg om å klargjøre våre indre bilder av verden og oppdage hvordan disse påvirker våre beslutninger og handlinger. Ved å skape rom for refleksjon og kritisk tenkning omkring våre handlingsteorier kan vi fremme læring. Her kan sykepleielederen ha en viktig rolle i å fremme refleksjon og kritisk tenkning rundt underliggende problemer. Ledere må lære å kommunisere sine tanker, og de bør oppfordre de ansatte til å være kritiske - selv om det kan gå "på bekostning av" etablerte holdninger. I en lærende sykehusavdeling vil man kunne ha et miljø der det er vilje til å sette ord på ulike problemer før de skaper vanskeligheter. Sykepleielederen kan da gjennom en proaktiv holdning stille spørsmål ved rutiner og handlinger i avdelingen. Kulturen i avdelingen kan således preges av en enighet om å granske eksisterende mål, normer og verdier.

Læringsfelleskap på tvers av profesjonsgrupper og avdelinger kan skape slike faglige fora for refleksjon og kritisk tenkning. I sykehusene kan imidlertid profesjonenes monopolisering av arbeidsoppgaver og kunnskap sette grenser for slik deling av kunnskap. Sykepleielederne i studien gav også inntrykk av at det var liten kultur for samarbeid på tvers av avdelinger og fagområder i sykehusene. En av utfordringene med å granske de mentale modellene i en sykehusavdeling, er at problemstillingene som tas opp kan bli svært vidtrekkende. De kan involvere flere avdelinger og yrkesgrupper enn hva man i utgangspunktet er klar over. Sykehusstrukturen gjør at en enkelt operasjon som regel involverer mange parter. I detaljert målestokk kan dette utarte seg som et edderkoppnett, med forgreninger i alle mulige retninger. En problemstilling som i utgangspunktet virket enkel og grei, trenger ikke nødvendigvis å være det i et slikt komplekst system.

I dennes studien beskrev flere av sykepleielederne en travel hverdag som i stor grad var preget av "brannslukking". En slik travel hverdag med manglende tid og mulighet til å være i forkant kan skape vanskeligheter for en granskning av de mentale modellene. En del av sykepleielederne i studien var likevel opptatt av å lage rom for refleksjon i hverdagen. Tiltakene var gjerne bruk av refleksjonsgrupper for pleiepersonale ved avdelingen. Men i slike homogene refleksjonsgrupper kan man også risikere å forsterke de eksisterende mentale modellene i stedet for å utfordre dem.

Felles visjon

Felles visjoner i en organisasjon har etter dette perspektivet utgangspunkt i den enkelte ansatte sin personlige visjon. I en sykehusavdeling kan eksempelvis visjonen komme til uttrykk i avdelingen sin målsetning. Sykepleielederen vil trolig gjennom dialog og samtale ha en viktig rolle i å samordne de ulike målene til en felles visjon og legge til rette for at den virkeligjøres gjennom de tilsattes personlige visjoner for mestring og utvikling.

Men offentlige organisasjoner kan ha mange og tildels motstridene mål. Mange av disse målene er faste og stabile variabler som de ansatte og ledelsen er nødt til å forholde seg til. Til sammen kan slike overordnede mål danne sterke rammer for eventuelle personlige mål. Disse rammene må sykepleielederen forholde seg til, og det kan bli vanskelig å gi rom for de ansattes personlige mål. Eksempelvis kan helseforetaket sine overordnede økonomiske rammer gi manglende rom for at de ansatte kan forfølge selvvalgte mål og realisering av personlige visjoner. Utøvelsen av disiplinen felles visjoner kan da bli vanskelig for sykepleielederen og kanskje noe meningsløs for de ansatte.

I et sykehus kan også ulike profesjonsgrupper ha egne mål som de jobber for å realisere. I denne sammenheng kan profesjonenes mål fungere som ikke-utfordrede, mentale modeller. Faren med dette kan være at sykehusets samlede målsetninger ikke blir prioritert. Sykepleielederne i denne studien mente at de ansatte var lite interessert i målarbeid. Det var også få av avdelingene som hadde konkrete mål. I de avdelingene som hadde konkrete mål var imidlertid sykepleielederne aktive på å motivere de ansatte i forhold til avdelingens mål. Når jeg her snakker om avdelingen sine mål, trenger ikke dette være det samme som Senge mener med sin disiplin ”felles visjon”. Avdelingens mål hadde sjelden tatt utgangspunkt i den enkelte ansatte sine visjoner Dette gjør det til en stor utfordring å snakke om sykehusavdelinger som lærende organisasjoner i denne meningen, for arbeidet med å skape en felles visjon starter med å motivere de ansatte til å lage personlige utviklingsmål og å utvikle seg gjennom personlig mestring.

Gruppelæring

Disiplinen gruppelæring dreier seg om at deltakerne i en gruppe lærer å samarbeide slik at de til sammen kan utvikle en ”intelligens” og evne som er større enn summen av de individuelle deltakernes talenter. Dette kan skje gjennom at gruppens deltakere systematisk diskuterer og

er i en kontinuerlig dialog. Lederen vil her ha en viktig oppgave i det å skape møtepunkter for faglig diskusjon og dialog i avdelingen.

Gjennom samarbeid i grupper, i nær kontakt med erfarne rollemodeller og egen sykepleieleder kan man få tilbakemelding på egen yrkesutøvelse og dermed utvikle seg som fagperson. Dette forutsetter imidlertid muligheten for gjensidig observasjon av hverandre i praktiske arbeidssituasjoner. I denne studien ble det daglige arbeidet for pleiepersonalet organisert etter en gruppemodell. Et problem med en slik organisering er at gruppene kan fungerer mer som en sentral for utdeling av arbeidsoppgaver enn som en arena for læring. En av informantene hadde prøvd å utvikle et lærende gruppefelleskap. De ansatte stilte seg imidlertid uforstående til slike tiltak. I en sykehusavdeling vil det være normer og verdier som regulerer atferden til de ansatte. I denne avdelingen kunne det virke som om det fantes uutalte verdier som støttet eksisterende organisering. Kulturen i avdelingen satte på denne måten effektive sette grenser for hvordan endringstiltakene slo ut.

Det kunne også virke som om det var liten tradisjon i sykehusavdelingene for å stoppe opp og bruke tid på faglige diskusjoner sykepleierne imellom. I en travel hverdag kan slike felles møtepunkt bli det som nedprioriteres. Hvis dette er tilfelle kan sykepleielederne ha en viktig oppgave i det å stille spørsmål ved organiseringen og om gruppene bare fungerer som gruppe i navnet. I denne studien fant jeg få eksempler på læringsfelleskap som gikk ut over avdelingen eller profesjonens grenser eller fagområder. Det kunne virke som om strukturelle og profesjonelle rammer satte grenser for hvem man samarbeidet og delte kunnskap med. Sykepleielederne gav også uttrykk for at pleiepersonalet hadde mest interesse av å treffe andre som jobbet innenfor samme fagområde som de selv. Dette utfordrer jo egentlig ikke eksisterende kunnskapsstrukturen, men stadfester heller de handlingsmodeller som dominerer mellom personalet i utgangspunktet.

Disiplinen gruppelæring kan trolig utøves på to arenaer i sykehusavdelingen. For å få fokuset i arbeidsgruppene vekk fram utøving av eksisterende kunnskap til læring av nye framgangsmåter kan det være nødvendig med en kulturell endring. Et annet tiltak kan være å løfte blikket og se på andre avdelinger. Dette kan man gjøre ved å danne læringsfelleskap på tvers av avdelinger og profesjonsgrupper.

Den femte disiplin

Perspektivet til Senge har fokus på helhetlig tenkning i organisasjonen. Den femte disiplinen dreier seg i hovedsak om å binde de fire andre disiplinene sammen til en helhet gjennom måten man tenker og handler. Hvis man for eksempel skal tenke systemisk i en sykehusavdeling vil det innebære at man ser på iverksetting av et tiltak ikke bare ut fra hvilke konsekvenser den har i den avdelingen det gjelder, men for hele sykehuset og for alle som er avhengige av de tjenestene avdelingene yter.

Helsevesenet kjennetegnes av stor kompleksitet og spennvidde i oppgaver. Størrelsen og det mangfold av oppgaver som skal utføres innenfor et helseforetak kan skape begrensninger for i hvor stor grad det vil være mulig med helhetstenkning på grasrotnivå. I hvilken grad en slik helhetstenkning som Senge beskriver er etterspurt, kan kanskje også være usikkert. Hvis man har et problem og ikke løser dette mener Senge at problemet bare vil forskyve seg videre. Derfor kan man ikke se på ulike avdelinger som atskilte enheter, men som en del av en større helhet. Når man tenker systemisk åpner man også muligheten for å finne løsninger på egne problemer i andre avdelinger. Dette krever imidlertid sammensatt og allsidig kompetanse i oppgaveløsningen. En problemstilling som i utgangspunktet virket enkel og grei, trenger ikke nødvendigvis å være det i et komplekst system som helsevesenet.

I et sykehus kan de ulike profesjonsgruppene stå for ulike verdier og holdninger, noe man også kan finne hos ansatte som jobber innenfor samme medisinske fagområde. Integrasjon og samordningsmekanismene i sykehuset kan være for svake til å klare å stå imot. Dette kan igjen føre til suboptimalisering, gjennom at ansatte innenfor enkeltområder jobber for å sikre at deres område blir prioritert heller enn en effektiv totalutnyttning av organisasjonen sine ressurser. Samtidig som profesjonene bidrar til å øke kompleksiteten i sykehusene er de helsevesenets viktigste ressurs. De ansatte i avdelingene vil ha mye spesialisert kunnskap innenfor nettopp sitt medisinske fagområde. Problemet kan være at en type kunnskap ikke nødvendigvis kan brukes videre i andre avdelinger, årsaken er at den er spesialisert innefor et bestemt fagområde. En slik tankegang kan være med på å hindre muligheten for helhetstenkning.

Helseforetakene er kjennetegnet av et sammensatt tjenestetilbud som skaper utfordringer i forhold til endring og forbedring av kvaliteten på tjenestene. Gjennom å rette oppmerksomheten mot hvordan man løser oppgaver innefor forskjellige fagområder kan man

lære av hverandre og på denne måten skape forbedringer. Med en slik tenkning kan man også øke kvaliteten på de tjenestene som tilbys. For å få dette til vil det være viktig at sykepleielederen ser hele sykehuset som en helhet. I denne studien så jeg hvordan ulike sykepleieledere iverksatte tiltak som kunne påvirke andre avdelinger på godt og vondt, uten å selv være klar over det. En handling kan ha svært forskjellige virkninger på kort og på lang sikt. En handling kan få konsekvenser i samme avdeling eller på et helt annet sted i systemet.

Et samarbeid på tvers av fagområder og avdelinger ville kunne føre til mer helhetlige løsninger i organisasjonen enn det resultatene av denne studien viste. Utfordringen for ledelsen ved sykehuset kan derfor være å bygge opp samarbeidsrelasjoner på tvers av fagområder og avdelinger. Det kan også være nødvendig å tilrettelegge for arenaer der dette gjøres mulig.

6.3 Forslag til videre studier

For å få mer inngående kunnskap om hva som påvirker læring i sykehusavdelinger ville det vært spennende å gjennomføre tilsvarende studier på andre ledernivå i organisasjonen. Hensikten ville da vært å undersøke hvordan andre nivå i hierarkiet tenkte i forhold til kompetanseutvikling og dermed fått et mer helhetlig bilde av hvordan helseforetaket jobbet med dette.

En annen mulighet kunne vært å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse blant de ansatte i avdelingene. En slik undersøkelse kunne belyse i hvilken grad satsingen på målstyrt arbeid med læring når fram til de ansatte. I tillegg kunne man undersøkt i hvilken grad dette arbeidet virket formålstjenelig i det daglige arbeidet for de ansatte.

Det kan være slik at det man oppgir i en kvantitativ undersøkelse, ikke lar seg forene med den faktiske arbeidssituasjonen. Enda en mulighet ville vært å observere et utvalg fra den kvantitative undersøkelsen, for å se etter ulikheter mellom utalte teorier og handlingsteorier.

6.4 Avslutning - utfordringer i årene fremover

I årene framover vil sykehusene stå ovenfor flere store utfordringer. I samsvar med den generelle samfunnsutviklingen har også sykehusene utviklet seg til komplekse kunnskapsbedrifter der de ansatte og deres kompetanse utgjør den viktigste innsatsfaktoren i produksjonen av tjenester. Samtidig ser vi at omgivelsene stiller stadig større krav til kvaliteten på helsetjenester. Dette skaper samtidig krav til helsearbeidere om å være faglig oppdatert.

Gjennom å rette fokus på hvordan forbedringer kan skje kan man også bedre kvaliteten på tjenestene. Et sentralt element for kvalitetsutviklingen i helsevesenet vil derfor være å stimulere og legge til rette for læring og forbedringskunnskap. En av utfordringene for sykepleielederne vil derfor være å iver sette tiltak i forhold til å vedlikeholde og utvikle ny kunnskap i sykehusavdelingene.

7.0 Litteraturliste

Akre Victoria og Ludvigsen Sten R. (1997): Hvordan læres medisinsk praksis? En kvalitativ studie av legers oppfatning av egne læreprosesser. I *Tidsskrift Norske lægeforening*. Nr.19 s. 2757-61.

Akre Victoria og Ludvigsen Sten R. (1998): Profesjonslæring og kollektiv kunnskap. Læringsmiljø i to norske sykehusavdelinger. I *Tidsskrift Norske lægeforening*. Nr.1 s.48-52.

Argyris Chris (1990): *Bryt forsvarsrutinene Hvordan lette organisasjonsmessig læring*. Universitetsforlaget. Oslo

Argyris Chris og Schön Donald A. (1978): *Organizational learning: a theory of action perspective*. Reading, Mass.: Addison Wesley.

Bakka Jørgen Frode, Fivesdal Egil og Nordhaug Odd (2004): *Organisasjon og ledelse*. Cappelen forlag AS. Oslo

Bastøe Per Øyvind og Dahl Kjell (1995): *Den utviklingsorienterte organisasjon: Organisasjonsteori og organisasjonsforståelse for skole, helse- og sosialsektoren*. Ad notam Gyldendal. Oslo.

Benner Patricia (1995): *Fra novice til ekspert*. Munksgaard. København.

Bjørk Ida Torunn (2001): Sykehusavdelingen – et miljø for læring? I *Vård i Norden* 4/2001 s. 4-9.

Bjørvik Kjell Inge og Haukedal Willy (1998): *Arbeids- og lederpsykologi*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo.

Brown John Seely og Duguid Paul (2000): *The Social Life of Information*. Harvard Business School Press. Boston Mass.

Bukve Oddbjørn (2000): *Kommunal forvaltning og planlegging*. Samlaget. Oslo.

Bø Inge og Helle Lars (2002): *Pedagogisk ordbok*. Universitetsforlaget. Oslo.

Dalin Åke (1999): *Veier til den lærende organisasjon*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo.

Dehlin Erlend (2004): *Reflection note Senge*. TØH-notat 2004:2. Høgskolen i Sør-Trøndelag. Trondheim.

Dreyfus Hubert L. and Dreyfus Stuart E. (1986): *Mind over Machine*. The Free Press. New York.

Erlandsen Hans Christian (2004): Arbeidsplassen er viktigste arena for læring: beretningen om den komplekse kompetansen. *Stat & styring*. Årg. 14, nr 1.

Fagermoen May Solveig (1993): *Sykepleie i teori og praksis – et fagdidaktisk perspektiv*. Universitetsforlaget. Oslo.

Fischer Grete og Sortland Nils (1994): *Innføring I organisasjonspsykologi*. Tano. Oslo.

Fog Jette (1997): *Med samtalen som utgangspunkt Det kvalitative forskningsintervju*. Akademisk Forlag. København.

Fossen Øystein (2005): *Effekter av funksjon- og oppgavedeling i Helse Øst sluttrapport*. Arbeidsforskningsinstituttet.

Gausdal Anne (2000): *Litteraturstudie om indre motivasjon i arbeidslivet: Empowerment, indre motivasjon, ytelse, kreativitet, læring*. Høgskolen i Vesfold. Tønsberg.

Gautchi T.F. (1995): Is your company a learning organization? *Design News* nr.6-26 s. 165.

Gjems Liv (2003): *Veiledning i profesjonsgrupper: Et systemteoretisk perspektiv på veiledning*. Gyldendal Norsk forlag. Oslo.

Glosvik Øyvind (1998) "Læring i lag?": Et perspektiv på organisasjonslæring i og mellom stat og kommunar. VF-rapport nr. 3/98. Vestlandsforskning. Sogndal.

Grenness Tor (2001): Innføring i vitenskapsteori og metode. Universitetsforlaget. Oslo.

Grimen Harald (1991): *Taus kunnskap og organisasjonsstudier*. LOS-senter notat 91/28. LOS-senteret. Bergen.

Grønmo Sigmund (2004): *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget. Bergen.

Hagen Anna og Skule Sveinung (2004): *Det norske kompetansemarkedet – en oversikt og analyse*. Fafo-rapport 461. Oslo.

Halvorsen Knut (2002): *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. Universitetsforlaget. Oslo.

Halvorsen Knut (2005): *Å forske på samfunnet*. Cappelen Forlag. Oslo.

Har kompetanseberetningen et grunnlag? En grunnlagsrapport fra Kompetanseberetningen 2003. [Http://www.dep.no/archive/ufdvedlegg/01/05/HarKo047.pdf](http://www.dep.no/archive/ufdvedlegg/01/05/HarKo047.pdf). Hentet 10.02.2006.

Haugen Per E. (2004): *Medarbeiderskap – Lærende arbeid*. Gyldendal Norsk forlag. Oslo.

Hellevik Ottar (2002): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget. Oslo.

Hietanen Helvi, Poulsby Vibeke Krøll, Schmidt Lasse, og Wilde Bodil (1993): Sykepleiekvalitet sett fra de nordiske sykepleieres perspektiv. I *Vård i Norden*. Nr. 3 s. 4-10.

Hiim Else og Hippe Hilde (2004): *Undervisningsplanlegging for yrkeslærere*. Universitetsforlaget. Oslo.

Holter Elisabeth (1990): *Ledelse og ledere i sykehus*. Tano. Oslo.

Hustad Wiggo (1997): *Læring innafor kunnskapsproduserande og byråkratiske organisasjonar – kan organisasjonar lære av kvarandre?* Vestlandsforskning. Sogndal.

Hustad Wiggo (1998): *Lærende organisasjoner organisering for kunnskapsutvikling*. Det Norske Samlaget. Oslo.

Høst Tor (2005): *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. Universitetsforlaget. Oslo.

Jacobsen Dag Ingvar og Thorsvik Jan (2002): *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget. Bergen.

Kalleberg Ragnvald (2006): *Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Forskningsetiske komiteer. <http://www.etikkom.no>. Hentet 12.02.2006.

Kan livslang læring måles? Kompetanseberetningens læringsbarometer 2003 (2003): Utdannings- og forskningsdepartementet
<http://www.dep.no/archive/ufdvedlegg/01/05/laeri56.pdf>. Hentet 10.02.2006.

Kirchhoff Jorg (2005): Tilfeldig oppdatering. I *Sykepleien* nr 3 fra 2005.

Konsmo Trulte (1995): *En hatt med slør....* Tano. Oslo.

Krogstad Unni og Foss Christina (1997): *Det handler om å kunne snu seg*. Ad Notam Gyldendal. Oslo.

Kvale Steinar (2005): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo.

Kvamme Eli (2004): Fagutvikling og forskning: Gir økt kompetanse anerkjennelse? I *Sykepleien* nr. 5 fra 2004.

Kyrkjebø Jane Mikkelsen (2000): Lær studentene kvalitetsutvikling! I *Sykepleien* nr. 6.

Lai Linda (2004). *Strategisk kompetansestyring*. Fagbokforlaget. Bergen.

Lauvås Per og Handal Gunnar (2002): *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Cappelen

Lian Olaug (2003): *Når helse blir en vare*. Høyskoleforlaget. Kristiansand.

Lindøe Preben (1990): Mintberg som referanse til drøfting av sykehusorganisasjonen. Rogalandforskning. Stavanger.

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.:(2005, sist endret 2006)

Lov om helsepersonell m.v.: (1999, sist endret 2003)

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.: (1999, sist endret 2003)

Marnburg Einar (2001): *Den selvutviklende virksomhet: idepilarer i lærende organisasjoner*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo.

Marsick Victoria J. (1987): *Learning in the workplace*. Croom Helm Ltd. New South Wales.

Mintzberg Henry (1983): *Designing the effective organizations*. Prentice Hall. New Jersey.

Moxnes Paul (2000): *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet*. Forlaget Paul Moxnes. Oslo.

Naustdal Anne Grete (2006): Sjukepleieleiaren sitt arbeid med kompetanseutvikling i sjukehus: sett i lys av erfaringar med innføring av sjukehusreforma. Masteroppgave i organisasjon og leiing, Helse og sosialadministrasjon, Høgskulen i Sogn og Fjordane. Førde.

Nonaka Ikujiro og Takeuchi Hirotaka (1996): A theory of organizational knowledge creation. *IJTM, Special Publication on Unlearning and Learning*, VOL. 11, Nos. 7/8.

Nordhaug Odd (1990): *Kompetansetyring*. Tano. Oslo.

Nordhaug Odd (1998): *Kompetansetyring i arbeidslivet*. Tano Ascehoug. Oslo.

Nordhaug Odd (2000): *Målrettet personalledelse*. Tano. Oslo.

Nordhaug Odd (2002): Den ustyrbare kompetansen?. *Magma*. Årg. 5, nr. 4.

Nordhaug Odd M.fl. (1990): *Læring i organisasjoner*. Tano. Oslo.

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

Nyen Torgeir, Hagen Anna og Skule Sveinung (2004): *Livslang læring I norsk arbeidsliv: Resultater fra Lærevilkårsmonitoren 2003*. Fafo. Oslo.

Opstad Leiv (2003): *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo.

Poyani Michael (2000): *Den tause dimensjonen – En innføring i taus kunnskap*. Spartacus. Oslo.

Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning. Godkjent av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 2004.

Repstad Pål (2002): *Mellom nærhet og distanse*. Universitetsforlaget. Oslo.

Roald Knut (2004): *Organisasjonslæring i skolar - Teoretiske og praktiske perspektiv*. HSF-notat 15/2004. Høggulen i Sogn og Fjordane.

Ryen Anne (2002): *Det kvalitative intervjuet*. Fagbokforlaget. Bergen.

Sandervang Arne (2003): Fra læring til kompetanse. *Personal og ledelse* nr.6, s 56-57.

Schön Donald A. (1983): *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books. New York.

Senge Peter (1991): *Den femte disiplin kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Egmont Hjemmets bokforlag. Oslo.

Senge Peter (1994): *The Fifth discipline fieldbook: strategies and tools for building a learning organization*. Nicholas Brealey Publ. London.

Senge Peter (1999): It's the Learning: The Real Lesson of the Quality Movement. *The Journal for Quality & Participation*, November/December 1999.

Statens helsetilsyn (1998): *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder*. Statens helsetilsyn. Oslo.

Statens helsetilsyn (2001): *Kartlegging av kompetanseheving i somatiske sykehus*. Statens helsetilsyn. Oslo.

Strand Torodd (2003): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget. Bergen.

Thagaard Tove (2002): *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget. Bergen.

Torgersen Ulf (1972): *Profesjonssosiologi*. Universitetsforlaget. Oslo.

Torgersen Ulf (1994): *Profesjoner og offentlig sektor*. Tano. Oslo.

Wenger Etienne, McDermott Richard, Snyder William M. (2002): *Cultivating communities of practice : a guide to managing knowledge*. Harvard Business School Press. Boston.

Wenger Etienne (1998): *Communities of practice: learning, meaning and identity*. Cambridge University Press. Cambridge.

White Jerry P., Armstrong Hugh, Armstrong Pat, Bourgealt Ivy, Choiniere Jacqueline og Mykhalovskiy Eric (2000): The impact of managed care on nurses' workplace learning and teaching. *Nursing Inquiry* 2000; 7: 74-80.

Øgar Petter og Hovland Tove (2004): *Mellom kaos og kontroll: ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1 Brev til informant

Vedlegg 2 Informasjon om oppgaven til informant

Vedlegg 3 Brev om informert samtykke

Vedlegg 4 Intervjuguide

Vedlegg 1

Marianne Skistad
Adresse
Postnummer
tlf

24.mars 2006

Sykehuset NN
v/

DELTAKELSE I MASTERGRADSSTUDIUM

Mitt navn er Marianne Skistad, jeg er mastergradsstudent ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Tema i masteroppgaven jeg skriver er ledelse og læring i sykehusavdeling. I denne forbindelse vil jeg gjerne få temaet belyst fra praksis.

Jeg har fått tillatelse fra Sykehuset NN ved NN til å foreta intervju blant avdelingsledere ved deres avdeling og håper at du kan sette av tid til å snakke med meg. Intervjuet vil vare omtrent en time, og helst iløpet av mai 2006. Jeg vil ta nærmere kontakt med deg i neste uke for å avtale tidspunkt.

Informasjon om oppgaven ligger vedlagt. Ved offentliggjøring av oppgaven vil sykehus, deltakere og alt datamateriale bli anonymisert.

På forhånd takk for hjelpen.

Vennlig hilsen

Marianne Skistad

Vedlegg: Informasjon om oppgaven
Informert samtykkeerklæring

Vedlegg 2

Informasjon om oppgaven

Informasjon om studie til avdelingsledere ved Sykehuset NN

Jeg er student ved Høgskulen i Sogn og Fjordane og skriver i den forbindelse masteroppgave med tema ledelse og læring sykehusavdeling. Jeg vil gjerne se nærmere på hvilken rolle avdelingslederen har i forhold til å fremme faglig utvikling og læring. I denne forbindelsen vil jeg gjerne få temaet belyst fra praksis og henvender meg derfor til avdelingsledere ved Sykehuset NN.

Jeg ønsker å intervju ulike avdelingsledere ved medisinsk, kvinne/barn og kirurgisk avdeling. Det ville vært fint om jeg kunne fått gjennomføre intervjuene i perioden mars - mai 2006. Intervjuet vil vare ca 1time der jeg vil stille deg spørsmål i forhold til temaet ledelse og læring. For å ikke miste informasjon vil jeg gjerne ta intervjuet opp på lydbånd. Disse vil etter avskrivning bli slettet og utskrift av intervju vil sendes til deg for godkjenning før jeg bruker dette videre.

Deltakelse i studien er selvfølgelig frivillig og du kan når som helst og uten forklaring trekke din deltakelse tilbake. Oppgaven skal etter planen være ferdig høsten 2006, her vil sykehus, deltakere og alt datamateriale bli anonymisert.

Ta gjerne kontakt med meg hvis det skulle være noen spørsmål.

Marianne Skistad

Student: Marianne Skistad, Adresse og telefonnummer

Vedlegg 3

Informert samtykke

Jeg har fått informasjon om studiens hensikt og gjennomføring.

Jeg er blitt informert om at deltakelse til denne studien er frivillig, og at jeg når som helst og uten forklaring kan trekke min deltakelse tilbake inntil oppgaven er skrevet.

Jeg er blitt gjort kjent med at intervjuet og opplysninger behandles konfidensielt og anonymt, og at bearbeidede data ved publisering holdes anonyme og at alt datamaterialet makuleres etter at oppgaven er ferdig.

På dette grunnlag gir jeg mitt samtykke til å delta i dette intervjuet.

Deltakerens navn:

Dato:

Vedlegg 4

Intervjuguide

Demografi

1) Alder: <40, 41-50, 51-60, 60<

2) Hvor mange sykepleierstillinger har du ansvaret for? Hvilke andre yrkesgrupper har du ansvaret for? Evt. hvor mange?

Ansvar for hvor stor sengepost(antall senger/pasienter)?

Har du videreutdanning(administrasjon/ledelse, innen sykepleiefaget)?

Hvor lenge har du vært sykepleier? 1-3 år, 3-5 år, 5-10 år, >10 år.

Har du erfaring fra andre sykehus i helseforetaket eller andre avdelinger ved dette sykehuset?

1) Personlig mestring – hvordan ivaretar leder denne disiplinen

Spørsmål:

- 1) Når en snakker om læring i jobbsammenheng. Hva tenker du som leder på som læring? ”Undervisning” eller ”Læring”? Er dette et tema som opptar deg som leder i hverdagen?
- 2) Hva gjør du som leder for å kartlegge de ansattes ønsker i forhold til å videreutvikle seg/hva de har å tilføre avdelingen av kunnskap? Bruker du medarbeidersamtaler, ansettelsessamtaler aktivt til dette?
- 3) Hva gjør du som leder for å motivere du de ansatte til å bli flinkere? Hvordan gir du tilbakemeldinger til den enkelte ansatte i forhold til hvordan de fungerer som fagpersoner?

- 4) Ansatte som kommer med ny kunnskap, vært på kurs og ønsker å prøve ut nye ideer, måter å gjøre ting på og lignende? Hva gjør du som leder i forhold til å kunne bruke denne kunnskapen videre i avdelingen?

2) Felles visjon – Hva gjør leder for å knytte personlige mål sammen til en felles visjon

Spørsmål:

- 1) Hva slags felles mål har dere for avdelingen? Hvordan er disse laget?

I hvor stor grad er disse kjent blant de ansatte – og hvordan følges det opp at dere jobber mot disse målene.

Hvordan ser du på din lederrolle som et ledd for å nå felles mål?

- 2) Er det satt av tid til å samle alle i personalet til dialog der en tar opp faglige problemstillinger? Personalmøter, internundervisning, veiledning og lignende.?

- a. Hva diskuteres her?
- b. Hvordan er fremmøte?
- c. Når og hvor har en slike møter?
- d. Hva slags krav stiller dere til møteledelse? Blir det mange avbrytelser på et slikt møte?

3) Mentale modeller

Spørsmål:

- 1) Hva gjør du som leder i forhold til å ta opp faglige og etiske spørsmål til diskusjon? Stiller du noen gang spørsmål ved måten ting/rutiner blir gjort på? Hvordan kan du som leder gå inn og endre på rutiner / arbeidsmetoder?
- 2) I hvilken grad føres det reflekterende samtaler om hvordan en tenker? Er det tid og rom for dette? Finnes det arenaer for dette? Er samtalen gjensidige – dvs. utfordres også leders oppfatninger?

- 3) Hender det at du blir begrenset av noen rammer du mener du ikke rår over – slik som arbeidsorganisering eller lignende? I forhold til kompetanseutvikling

4) Gruppelæring

Spørsmål:

- 1) Hvordan organiserer dere arbeidet i avdelingen? Jobber de ansatte sammen, veileder hverandre i arbeidet? Tverrfaglig samarbeid?
- 2) Hva gjør du som leder for at ulike yrkesgrupper i avdelingen kan dele kunnskap med hverandre?
- 3) Hvis en organiserer de ansatte i grupper, samles da en slik gruppe i løpet av en vanlig arbeidsdag, hva brukes da tiden til? Tas du som leder hensyn til kompetanse ved valg av gruppeleder? Når en fordeler arbeidsoppgaver tar en hensyn til hva den enkelte er god i/den enkeltes kompetanse eller skal alle gjøre alt?
- 4) Setter dere av tid til faglig diskusjoner/refleksjon i løpet av en vanlig arbeidsdag? Hvem deltar evt her, prioriteres dette hvis en har det travelt? Blir dette brukt som til diskusjon/dialog på tvers av faggrupper? Hva bruker en disse møtepunktene til

5) Femte disiplin

Spørsmål:

- 1) Hvordan ser du på din egen rolle i forhold til det å jobbe med kompetanseutvikling. Er det en definert lederoppgave med kompetanseutvikling? Stiller din leder/organisasjonen forventninger om læring i avdelingene? I så fall hvordan? Kommunerer dette på ledermøter og lignende?
- 2) Hva gjør du som leder for å skape forventninger til de ansatte om faglig utvikling?
- 3) Er det kobling mellom budsjett, opplæringsplaner, utviklingsplaner og kompetanseplaner og de målene som er satt i forhold til læring.

- 4) Når en iverksetter tiltak i forhold til læring er dette da ut fra en langsiktig strategi eller er det dagens behov en tenker i forhold til? Preger hverdagen din av framtidsrettet aktivitet eller drives det mest brannslukking (administrativ gjøren og laden).

- 5) Når en har et problem i en avdeling, løses dette da på tvers av avdelinger? Har en tiltak for å dele kunnskap på tvers av avdelinger? Hindrer organisasjonen samhandling på tvers av avdelinger? Hvordan? Struktur/kultur? Er det aktuelle tiltak med hospitering, jobbrotasjon?