

Mastergrad i organisasjon og leiing MR 690

Korleis erfarer vidareutdanna tilsette i pleie- og omsorgssektoren at deira kompetanse bidreg til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen?

av

Mona Kidøy Svalheim

Oktober 2011

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no	
Masteroppgåve i: Organisasjon og leiing - helse- og sosialeiing og utdanningsleiing	
Tittel: Korleis erfarer vidareutdanna tilsette i pleie- og omsorgssektoren at deira kompetanse bidreg til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen?	
Engelsk tittel: “How do staff in the care and nursing sector with further education experience that their competence contribute to competence development at the workplace?”	
Forfattar: Mona Kidøy Svalheim	
Emnekode og emnenamn: MR 690 Masteroppgåve i organisasjon og leiing	Kandidatnummer: 1.
Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (set kryss): JA_x_ Nei__	Dato for innlevering: 07.oktober 2011
Eventuell prosjektilknytning ved HSF	Emneord (minst fire): Kunnskapsutvikling, kunnskap, pleie- og omsorgssektoren, læring, personleg mestring, omsorg, kunnskapsutviklar

Tittel og samandrag:

”Korleis erfarer vidareutdanna tilsette i pleie- og omsorgssektoren at deira kompetanse bidreg til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen?”

Føremål med studien er å setje søkjelyset på kva erfaringar tilsette i pleie- og omsorgssektoren med vidareutdanning har med motivasjon og læring både individuelt og kollegialt i eit arbeidsfellesskap. Eg har valt å sjå på sjukepleiarar med vidareutdanning og korleis dei erfarer å komme attende til jobb med ny kunnskap. Hovudfokuset mitt er tankar erfarne sjukepleiarane har med personleg meistring, det å dele kunnskap og kven som leiar kunnskapsutviklinga. Eg nytta ein kvalitativ metode med samtaleintervju av fem sjukepleiarar ved ulike arbeidsplassar. Datamaterialet har eg i hovudsak analysert etter teoriar frå Peter Senge, Nonaka og tidlegare forskning. Eg har her lagt vekt på to av Peter Senge sine fem disiplinar; personleg meistring og gruppelære, vidare nyttar eg Nonaka (i ”slik skapes kunnskap”) for å belyse omsorgsbegrep både individuelt og kollegialt, men mest i eit leiarperspektiv.

Hovudfunna i studien tyder på at sjukepleiarane er motiverte og har ei drivkraft for både å utvikle seg sjølv og organisasjonen gjennom å vere pådrivarar for kunnskapsutvikling. Kunnskapsutveksling førekjem i hovudsak i det daglege arbeidet ved ”pasientsenga”. Men at det oppstår nokre vanskar med å dele kunnskap med kollegane i det daglege arbeidet, då det manglar struktur og system på korleis ny kunnskap skal implementerast i organisasjonen. Sjukepleiarane oppleve eit stort ansvar for at medarbeidarane skal få utvikle seg med ny kunnskap slik at pasientar og pårørande får nytte godt av kunnskapsutviklinga. I tillegg kjenner informantane mine på at dei er åleine med å ha ansvaret for å utvikle organisasjonen kunnskapsmessig. Eg oppfattar det slik at organisasjonen her ikkje ”ser” det heile potensialet den har av kunnskapsrike medarbeidarar og at det manglar noko grunnleggande faktorar for å legge til rette for at ny kunnskap vert skapt.

Title and Abstract:

”How do staff in the care and nursing sector with further education experience that their competence contribute to competence development at the workplace?”

The objective of this thesis is to focus on which experiences trained staff with further education within nursing and care have on motivation and competence development both individual and on co-workers in a working environment?

I have chosen to focus on nurses with further education and how they experienced to return back to work with knowledge. The main focus are thoughts experienced nurses have with personal mastery, the sharing of knowledge and with who's leading the knowledge development. I have used a qualitative method based on conversation interviews of five nurses at various workplaces. I have mainly analyzed the data using theories by Peter Senge, Nonaka and earlier research. I have here focused on two of Peter Senge's five disciplines; personal mastery and team learning, further I have used Nonaka's theory-(in "to create knowledge") to illustrate the concept of care, both individually and with colleagues, but mainly in a managerial perspective.

The main findings from the study indicates that nurses are motivated and have an incentive both to develop themselves and to develop the organization by being drivers for knowledge development. Exchange of knowledge occurs mainly in the daily work at the "patient bed". However, some challenges occur regarding the sharing of knowledge with colleagues in the daily work, since it lacks structure and a system of how knowledge should be implemented in the organization. Nurses experience a great responsibility to the develop colleagues with new knowledge, so that patients and relatives will benefit from the knowledge development that they have acquired. In addition, my informants feel that they alone are responsible for developing the organization further with new skills. I perceive it in a way that the organization here is not "seeing" the full potential of its skilled staff and that it lacks some basic factors to facilitate that new knowledge will be developed.

FORORD

Ein ny milepæl i livet mitt er nådd, eg har fullført oppgåva mi som avsluttar masterstudiet i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Eg er utruleg glad og stolt. Studiet har vore lærerikt, spennande og utfordrande. Det er fleire som skal ha takk for at eg no kan seie meg ferdig med studentlivet for denne gong. Den aller aller største takksemnda går til min rettleiar Randi Skår som har vore ein viktig inspirator og motivator gjennom heile den tida eg har jobba med denne oppgåva og ikkje har mista trua på meg. ”Eg kan trygt sei til deg Randi; *utan din fine væremåte og den rike kunnskapen din hadde nok ikkje målet vore nådd. Du fekk fram kunnskapen i meg. Tusen tusen takk !*”

Vil vidare takke Øyvind Glosvik og Oddbjørn Bukve som har gitt meg mange fine stunder med sine foredrag ved høgskulen i Førde. Det var utruleg kjekt å høyre på dykk og det har gitt meg inspirasjon og lærdom som eg kan nytte i jobben min som leiar.

Eg vil rette ei stor takksemd til alle informantane mine, utan dykk hadde *denne* oppgåva ikkje vore mogleg. De var alle så opne og kunnskapsrike, og delte villig erfaringane med meg. Tusen takk!

Takk også til sjefen min Andrea Bornhorst som har gitt meg dagar med permisjon når eg trengte det som mest. Eg vil rette ein takk til tidlegare kollegar som har reflektert og komme med gode tips og støtte gjennom arbeidet med oppgåva.

Ein stor takk går også til familien min for at dykk har helde ut med meg og alt studiemateriale flytande rundt om i stova i delar av tida. Spesielt takk til mannen min Frode som mang ein gong har måtta ta oppfølging rundt ungane slik at eg kunne vere student. Og til ungane mine Ole Kristian, Julie og Marita; no skal det endeleg verte slutt på svaret ”*spør pappa eg skriv på masteren*”. Vil takke mora mi Jofrid og veslesøstera mi Linda som hadde trua på at eg ville klare dette arbeidet i tillegg til jobb. Elles vil eg seie til alle venner, no skal eg verte sosial igjen!

Førde 7. oktober 2011

Mona Kidøy Svalheim

Innholdsliste:

Kap. 1.0 Innleiing	7
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	8
1.2 Målsetting og presentasjon av problemstillinga.....	9
1.3 Oppbygging av oppgåva.....	10
KAP. 2.0 Kunnskapsutvikling og lærande organisasjonar	11
2.1 Lærande organisasjonar – behovet for personleg meistring.....	12
2.2 Kunnskapsutvikling i arbeidet.....	17
2.2.1 Individuell læring og refleksjon.....	17
2.2.2 Gruppelære.....	24
2.2.3 Medarbeidarskap.....	27
2.3 Leiaren som kunnskapsutviklar.....	30
2.3.1 utfordringar i velferdsstaten.....	32
2.4 Oppsummering.....	36
KAP. 3.0 Metodisk tilnærming	38
3.1 Kvalitativ metode.....	39
3.1.1 Kvalitativt forskingsintervju.....	42
3.1.2 Utforming av intervjuguide.....	44
3.2 Val av informantar.....	45
3.3 Gjennomføring av intervju.....	47
3.4 Berarbeiding og analyse av data.....	48
3.5 Bekreftbarheit, reliabilitet og overførbarheit.....	51
3.5.1 Bekreftbarheit (validitet).....	52
3.5.2 Reliabilitet.....	53
3.5.3 Overførbarheit.....	55
3.6 Etiske vurderingar.....	55
KAP. 4.0 Resultatpresentasjon av funn	57
4.1 Personleg motivasjon og drivkraft.....	57
4.1.1 ”Å vere motivert for vidareutdanning”.....	57
4.1.2 ”Å gi betre pleie og behandling til pasienten”.....	60
4.2 Dele kunnskap.....	61
4.2.1 ”Å vere åleine med kunnskapen”.....	61
4.2.2 ”Å lære i lag”.....	64
4.2.3 ”Å kunne reflektere og diskutere”.....	66
4.2.4 ”Å ha eit system for kunnskapsutvikling”.....	68

KAP. 5.0 Drøfting av resultat	72
5.1 Ansvar for pasientar og pårørande – motivasjon og drivkraft for læring.....	72
5.2 Arbeidsfellesskapet – moglegheit til å dele kunnskap.....	79
5.3 Kunnskapsutvikling i pleie- og omsorgstenesta – behovet for system og struktur...	88
KAP. 6.0 Samanfatning og konklusjon,samt vidare forskning	80
6.1 Samanfatning og konklusjon.....	96
6.1.1 Behovet for motivasjon og drivkraft til personleg utvikling.....	96
6.1.2 Behovet for å dele kunnskap i ein lærande organisasjon.....	98
6.1.3 Behovet for system og struktur for kunnskapsutvikling.....	101
6.2 Refleksjonar kring framgangsmåte.....	103
6.2.1 Utvalet.....	103
6.2.2 Intervju, transkripsjon og analyse.....	104
6.3 Tankar om vidare forskning.....	105
KAP. 7.0 Litteraturliste	107
Vedlegg nr. 1: Brev til Rådmann	110
Vedlegg nr. 2: Informasjonsskriv og førespurnad om deltaking av intervju til informantane.....	111
Vedlegg nr. 3: Samtykkeerklæring.....	112
Vedlegg nr. 4: Intervjuguide	113
Vedlegg nr. 5: Status skjema/Meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskapelig data- tjeneste AS, sist endra februar 2011.....	116

Kap. 1.0 Innleiing

Helse- og omsorgssektoren er stadig i endring etter kvart som samfunnet og tilboda av helsetenestene utviklar seg. Kunnskapsnivået aukar generelt i samfunnet og tilgangen på informasjon vert meir tilgjengeleg, og då spesielt gjennom Internett. Dette vil verke inn på kva forventningar pasientar og pårørande set til nivået på omsorgsoppgåvene. Ikkje minst vil eg tru at det verkar inn på kva kunnskapsbehov tenesteytarane sjølve set til kvaliteten på tenesta.

Med denne masteroppgåva ønskjer eg i den samanheng å undersøkje om tilsette i pleie- og omsorgssektoren opplever at dei bidreg til kunnskapsutvikling etter å tileigna seg ny kunnskap. Eg vil spesielt sjå på tilsette i denne tenesta sine erfaringar med å nytte ny kunnskap i praksis etter at dei har teke ei vidareutdanning. Ønsket er å få fram dei erfaringar informantane har med kunnskapsutviklinga på sin arbeidsplass og erfaringar med å tilhøyre ein lærande organisasjon.

Ut i frå oppgåva si omfang vil eg avgrense den med å sjå på kva personleg meistring kan ha å seie for utvikling for å kunne formidle og dele ny kunnskap i eit arbeidsfelleskap. Eg vil og ta opp korleis ein legg til rette for læring, det å lære i lag på arbeidsplassen, og kva det vil seie for kunnskapsutviklinga i organisasjonen. Med å få meir innsikt i desse tema håper eg å få auka innsikt i korleis ein som leiar kan vere med på å legge til rette for kunnskapsutvikling.

For å sette søkjelyset på kunnskapsutvikling i ein lærande organisasjon valde eg eit kjent fagområde der eg har ein del kunnskap frå før, og landa såleis på sjukepleiarar med vidareutdanning som informantar i pleie- og omsorgstenesta. Eg hadde ei forestilling om at dei ville kunne gi meg mykje nyttig og konkret informasjon der eg som fagperson kunne få nye erfaringar og moglege svar på forskingsspørsmålet mitt.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Bakgrunnen og motivasjonen for problemstillinga mi er nettopp dei erfaringar eg har med pleie - og omsorgstenesta, samt tilbakemeldingar frå tilsette i helsesektoren generelt, når det gjeld kunnskapsutvikling. Ut frå den erfaring og kunnskap eg har tidlegare, gjennom 15 år som sjukepleiar og fleire år som leiar i pleie- og omsorgssektoren, er mi forforståing at denne tenesta har eit forbettringspotensial når det gjeld å ta vare på og verdsette erfaring og ny kunnskap. Dette fokuset vil eg tru kunne utvikle pleie- og omsorgstenesta endå betre med det formål å utvikle ein lærande organisasjonen. Slik håper eg denne oppgåva kan vere eit lite bidrag til å rette fokus på kunnskapsutvikling i helse- og omsorgssektoren der eg meiner at personleg meistring og å dele kunnskap med kvarandre gir eit godt miljø for læring. Ut frå tidlegare forskning og den teoretiske referanseramma eg har valt, ser eg at det finst ulike erfaringar når det gjeld å verdsette og implementere ny kunnskap i kommunal sektor i forhold til spesialisthelsetenesta og viser blant anna til Kvamme og Bjerke 2003, Vike m.fl. 2002, Haukelien m.fl. 2009.

Mine tidlegare erfaringar i helse- og omsorgssektoren og i spesialisthelsetenesta fanga såleis mi interesse for å sjå på kva erfaringar tilsette i pleie- og omsorgssektoren har i dag med kunnskapsutvikling og korleis dei deler kunnskap. Etter å ha lese studien til Kvamme og Bjerke (2003) vart eg inspirert til å sjå kva som er motivasjonen for læring i helse- og omsorgssektoren.

Undervegs i arbeidet med denne masteroppgåva er det planlagt ei ny stor helsereform; Samhandlingsreforma 2008-2009 (st.meld. nr 47) som skal implementerast i 2012. Temaet i denne helsereforma er auka samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Målet med reforma er: *Rett behandling, til rett tid, på rett plass*, der fokus på førebygging av helseplager vil stå sentralt. Vidare og at brukaren av helsetenestene (til dømes kroniske sjuke pasientar) skal få betre pleie og behandling gjennom samhandling mellom ulike helsenivå. Arbeidet med denne reforma ser eg kan ha relevans for det fokus eg har valt med å sjå på utvikling av ny kunnskap og kva erfaringar tilsette i kommunehelsetenesta har med kompetanseoppbygging og med å tilhøyre ein lærande organisasjon. Ved å implementere ei

ny helsereform om samhandling ser eg mogleg dreining av kunnskapsutvikling frå spesialisthelsetenesta til kommunal sektor. Det er ikkje tvil om at kunnskapsutvikling og satsing på spesialistutdanning har komme helseføretaka til gode. Spesialisthelsetenesta har utvikla seg tungt i forhold til fastlegen og kommunehelsetesta, står det i stortingsmelding nr. 47. Med denne reforma vert målet å satse meir på å auke kompetansen i kommunane gjennom å flytte ansvaret for ulike arbeidsoppgåver frå spesialisthelsetenesta til førstelinjetenesta. Dette vil eg tru kan medføre auka fokus på korleis kunnskapsutvikling vert skapt og korleis leiinga legg til rette og motiverer til auka kunnskap, samt utvikle vidare all den kunnskapen som allereie finst i organisasjonen.

1.2 Målsetting og presentasjon av problemstilling

Målsettinga med denne oppgåva er å freiste gjennom teori frå eit organisasjons- og leiingsperspektiv å få betre innsikt i korleis erfarne tilsette, her sjukepleiarar med vidareutdanning, arbeider med kunnskapsutvikling i det daglege arbeidet i pleie- og omsorgssektoren. Det vil seie erfaringane tilsette har med personleg meistring, læring og å dele kunnskap i kvardagen. Eg ønskjer her å vere med på å bidra til at ein set endå meir søkjelys på korleis ein nyttar den aukande kunnskapen som finst rundt om i kommunane og samstundes ser verdien av å utvikle kunnskapen på alle nivå i denne tenesta.

Oppgåva handlar om kva erfaringar sjukepleiarar med vidareutdanning har med motivasjon og læring både individuelt og kollegialt i eit arbeidsfellesskap.

Eg har formulert følgjande problemstilling:

”Korleis erfarer vidareutdanna tilsette i pleie- og omsorgssektoren at deira kompetanse bidreg til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen?”

1.3 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva er bygd opp etter Ringdal (2007: 441) sitt forslag om vitskapleg forfattarskap der hovudtekstdelane er først og fremst jamfør kapittel 1 til og med 6: Innleiing, Teorikapittelet, Metodekapittelet, Presentasjon av resultat, Drøfting av resultat og Samanfatning/ konklusjon. I kapittel 2 presenterer eg den teoretiske referanseramma eg har valt for å belyse problemstillinga. Her tek eg føre meg kunnskapsutvikling gjennom læring i relasjon til personleg meistring med hovudfokus på Peter Senge (2004) sine teoriar. I andre kapittel ser eg på kunnskapsutvikling i arbeidsfellesskapet utifrå ei eit individuelt perspektiv og lærande organisasjonar. Her nyttar eg teori frå Nonaka, men i ein norsk omsetjing av Krogh m.fl. 2001. Teori frå Peter Senge (2004) og Nonaka (i Krogh 2001) er den berande teoretiske referansen i denne studien. Deretter ser eg på gruppelære og medarbeidarskap, og leiaren si rolle for å skape relasjon for kunnskapsutvikling. Til slutt syner eg til nokre utfordringar velferdsstaten vil ha i åra som kjem. Eg har valt å ta med den tidlegare forskinga under dei avsnitta i dette kapittelet eg synest det var mest relevant.

I kapittel 3 syner eg utvalet mitt i studien. Her presenterer eg ei metodisk tilnærming, korleis informantane er valde ut, korleis eg samla inn og bearbeida data og til slutt nokre etiske vurderingar. I kapittel 4 presenterer eg resultatet av intervjuet eg hadde med informantane, inkludert nokre av utsegna deira. Dette kapittelet handlar om kva erfaringar vidareutdanna sjukepleiarar har med motivasjon og drivkraft for auka læring og kva erfaringar dei har med å dele kunnskap i ein lærande organisasjon.

I kapittel 5 drøftar eg hovudtrekk i funna mine frå kapittel 4 og knyter dette saman med litteratur som vert presentert i kapittel 2. I kapittel 6 avsluttar eg med ein samanfatning og konklusjon, samt refleksjon kring framgangsmåte av oppgåva og tankar om mogleg vidare forskning.

KAP. 2.0 Kunnskapsutvikling og lærande organisasjonar

Innleiing

I mi tilnærming til teorikapittelet vil eg ha fokus på kva som skal til for å oppnå lærande organisasjonar med det formål at individuell læring skal føre til kunnskapsutvikling for alle på arbeidsplassen. Senge (2004:145) uttrykker det slik: Organisasjonar lærer berre ved at menneska lærer, og motsett det at menneska lærer er ikkje nokon garanti for at organisasjonen lærer. Men individuell læring er nødvendig for at det skal førekomme organisasjonslæring.

Gjennom å sjå på utvalde teoretiske referansar har eg valt tema om; Personleg meistring, kunnskapsutvikling i arbeidet og leiaren som kunnskapsutviklar, og eg vil her prøve å få svar på problemstillinga mi der eg ønskjer erfaringar tilsette i pleie- og omsorgsektoren har med å syne og dele ny kunnskap. Her i teorikapittelet vil eg prøve å kaste lys over ein del faktorar som bør vere til stades for at det skal førekomme god individuell læring som igjen vil føre til at organisasjonen samla sett får auka kunnskap. Eg vil gjennom denne oppgåva legge til grunn generell kunnskap, både formell og uformell og tek ikkje opp ulike nyansar av kunnskap. Det å skape eit miljø der fleire i arbeidsfellesskapet lærer av kvarandre vil styrke organisasjonen si utvikling fagleg sett, og truleg danne eit betre grunnlag for pleie og behandling til pasientar og pårørande.

Den teoretiske forankringa er først og fremst bygd opp rundt teoriar frå Peter Senge (2004) og Nonaka (i Krogh 2001). Eg startar med Peter Senge (2004) sine teoriar om personleg meistring for å syne i hovudsak kva kvar enkelt sin motivasjon og indre drivkraft har å seie for kunnskapsutvikling og læring. Nonaka nyttar eg i alle kapitla i oppgåva med fokus på omsorg og kunnskapsutvikling på individnivå, der han legg mest vekt på omsorg frå eit leiarperspektiv. Eg har vidare avgrensa den teoretiske referanseramma i denne oppgåva med å vektlegge Argyres og Shons handlingsteori. Vidare syner eg til ein del forskning som er knytt til emna med blant anna Skår (2010) og Kvamme og Bjerke (2003).

På eit gruppenivå har eg vidare nytta teori frå Levin og Klev (2002), Nonaka (i Krogh 2001) og Senge (2004) med omsorgsomgrepet og gruppelære. Velten m.fl. (2008) har eg valt for å

synleggjere kva for individuelle og organisatoriske forhold som bør vere til stades for å fremje gruppelære gjennom medarbeidarskap. I siste delen i dette kapittelet nyttar eg igjen teori frå Nonaka (2001) som ser på omsorg i arbeidsfellesskapet på individnivå med leiaren som kunnskapsutviklar. Vike m.fl.(2002) og studiane til Haukelien m.fl. (2009) og Slettebø m.fl. (2010) er med for å sette søkjelyset på kva utfordringar vi ser i velferdsstaten i åra som kjem og då spesielt i helse- og omsorgsektoren.

2.1 Lærande organisasjonar – behovet for personleg meistring

Senge (2004) spreidde budskap om systemtenking og læring med boka si til store grupper i arbeidslivet på 1990-talet. Han bygde sine studiar på Argyres og Schons studie i organisasjon og læring (1978). Senge sette då læring på dagsorden med undertittel av boka si: ”*Kunsten å utvikle den lærende organisasjon*”. Boka har vore viktig for å få fram læring som eit vesentleg grunnlag for utvikling og omstilling i organisasjonar. Senge tek for seg fem disiplinane som er grunnleggjande i den lærande organisasjonen: Systemtenking, Personleg meistring, Mentale modellar, Bygging av delt visjon, Læring i team. Ved at dei tilsette i organisasjonen meistrar desse fem disiplinane, skaper dei den lærande organisasjonen. Den viktigaste forskjellen på organisasjonslæring og individuell læring er at organisasjonslæring tyder endring i den delte forståinga, ei endring i relasjonar og samspel. Organisasjonslære handlar om endring i samspelet mellom organisasjonsmedlemmene, mellom individ, grupper og større einingar (ibid).

I dette avsnittet har eg valt å fokusere på lærande organisasjonar med spesiell vekt på disiplinen personleg meistring slik Senge ser det. Ulike faktorar påverkar personleg meistring. Ein har som menneske ulik drivkraft og motivasjon for læring, som fører til personleg meistring, og tilsette som søkjer kontinuerleg læring utgjer ånda og sjela i organisasjonane, skriv Senge (2004).

Senge (2004:146) definerer personleg meistring som: ”*en disiplin av personlig vekst og læring*”. Menneska vil søkje å utvikle si evne til å skape dei resultata dei verkeleg vil oppnå her i livet om ein har høg grad av personleg meistring. Utan individuell læring vert det heller

ingen organisasjonsmessig læring. Menneska har, og er den aktive krafta i organisasjonen, skriv Senge. Menneska har si eiga vilje, hjerne, og ulike måtar å tenke på. Om ikkje medarbeidarane er motiverte og ser nytten av vekst og utvikling i organisasjonen, vert det truleg ikkje nokon vekst eller betring i tenestetilbodet med manglande produktivitet og teknologisk utvikling. Det har utvikla seg ei ny forståing av å utnytte menneske sitt latente potensial. Her prøver ein å komme inn under huda på medarbeidarane og finne ut kva som er drivkrafta, viljen, kva verdiar og haldningar ein har, og kva som ligg deira hjarte nærmast. Det er ei livslang og skapande læring, ein livslang disiplin.

Personleg meistring er ikkje noko du eig, men ein prosess, skriv Senge (2004) vidare.

Personar med høg grad av personleg meistring er sjølvstarkt klar over at det er mykje dei ikkje kan, og kva som er deira vekstpotensial, samt ei djup kjensle av sjølvtilit. Personleg visjon kjem innanfrå. Mange menneske kjenner ofte på at det kan vere vanskeleg å snakke om personlege mål. Ein kjenner kanskje mindre ubehag ved å snakke om *omsorg*, då kjenner ein at ein tek ansvar. Dette kan medføre at ein gjer det som ein verkeleg ønskjer å gjere, fulle av energi og entusiasme. Sjølv om ein kan oppleve motgang, så held ein ut. Det er det som er arbeidet vårt. Men før ein kan vite kva for eit mål ein ønskjer å nå, må ein vere klar over kvar ein står akkurat no. Ein kan stille spørsmålet kvifor menneska ønskjer personleg meistring (ibid).

Menneske som har høg grad av personleg meistring er sterkt forplikta til innsats, tek meir initiativ, dei har breiare og djupare kjensle for ansvar i arbeidet, og dei lærer raskare. Mange organisasjonar vil av den grunn freiste å fremje personleg vekst hos sine tilsette av di dei trur det vil gjere organisasjonen sterkare. Ein annan grunn til å oppmuntre tilsette til personleg meistring vil kunne vere at det fører til personleg lykke og kva arbeidet medfører for sjølvbiletet vårt. Det å ha eit arbeid å gå til som er til nytte for andre, er ein viktig del av personleg tilfredsstilling. Mange tilsette ønskjer også utfordringar og personleg tilfredsstilling (sjølvrealisering) i arbeidet sitt. Det er ikkje nok berre å tene pengar for å kunne bruke dei på ting ein har lyst å gjere i fritida. Arbeidet i seg sjølv har verdiar som til dømes det å høyre til sosiale relasjonar samt det å vere verdsett av samfunnet, kjenne at nokon har bruk for ein (Senge 2004).

Nonaka (i Krogh m.fl. 2001) definerer kunnskap som grunngeve, sann oppfatning. I samband med at ein gjer seg nye erfaringar, endrar ein heile tida si oppfatning om kva som er sant. Gjennom heile livet dannar ein meiningar og erfaringar gjennom oppdraging og sosialisering, utdanning og opplæring, sosiale forventningar, oppgåver ein får gjennom jobben samt kjenslemessige opplevingar og vendepunkt i livet. Smak og preferansar utviklar seg på grunn av prøving og feiling. For dei fleste av oss vil endringar i jobbsituasjonen og profesjonen ein er ein del av, gjere at ein endrar oppfatninga om kven ein er. Fordi kunnskap er nært knytt til sjølvbiletet vårt, lar ein seg skremme av nye ting. Det kan opplevast skremmande å bryte med gamle vaner. Eit døme kan vere at sjefen forventar at alle tilsette skal bruke eit nytt dataprogram for kommunikasjon internt. Då kan reaksjonar komme i form av oppfatning av deg sjølv: Eg er ikkje ein slik ”data-frik”, eller, eg prioriterer å snakke direkte med folk. Dette kan vere ein grunn der og då, men oppfatning av korleis ein sjølv *er*, ligg bak og kan komme til å fungere som ei sterk motvekt (ibid).

Til meir kunnskap og ekspertise ein har tileigna seg, til meir ansvar har ein kanskje for å hjelpe andre og kor tilgjengeleg ein skal vere for andre skriv Nonaka (i Krogh m.fl. 2001:28) vidare. Til meir ekspertise ein har, til oftare tek ein ansvar for sine handlingar. Ekspertise kan oppfattast saman med sosialt ansvar, ergo noko meir enn resultatet av handlingar. Slik ein forstår ein ”omsorgsekspert” hos Nonaka (i Krogh m.fl. 2001: 28), er det eit organisasjonsmedlem som oppnår personleg meistring og samstundes forstår at ho/han har eit ansvar for å dele denne prosessen med andre.

Vike m.fl. (2002) peikar på at helsearbeidarar, og då i hovudsak kvinner, tek meir ansvar for heilskapen i helse- og omsorgssektoren enn andre yrkesgrupper. Helsearbeidarar som sjukepleiarar, hjelpepleiarar, radiografar, barnevernsskuratorar tek innover seg og får ofte dårleg samvit i arbeidet om dei ikkje utfører det på ein tilfredsstillande måte og ”ordnar opp”. Krav til kva som bør utførast rundt pasientar og pårørande kjem nok frå ulike stader i samfunnet, slik som høge forventningar for arbeidet sjølv, oppdraging, samfunnet si historie med husmorrolla, delegert ansvar frå legar, politikarar, leiarar og medarbeidarar (ibid).

Med personleg meistring meiner ein noko meir enn kompetanse og evner, det går meir på å komme inn i seg sjølv på ein kreativ måte. Når personleg meistring vert ein disiplin, omfattar det to underliggjande rørsler hos oss: Kontinuerleg klargjering om kva som er viktig for oss og

kontinuerleg læring om korleis vi skal forstå og sjå vår verkelegheit akkurat no. Personleg meistring er viktig for å finne ut kvar ein står akkurat no, for å nå eit ønskt mål. Det vil seie ei kreativ spenning mellom kvar ein er no, og kvar ein ønskjer å vere. Med personleg meistring er det viktig å lære korleis ein skal halde på denne kreative spenninga (Senge 2004).

Evna til å fokuserer på endelege mål og ønske, og ikkje berre på sekundære mål, er viktig i utviklinga av personleg meistring. Visjon er eit konkret mål, eit bilete av ei framtid som er ønskt. Visjon er noko ibuande i menneska, ein verdi i seg sjølv. Visjon kan vere materielle sider og personlege sider, samt sider av tenestene der ein ønskjer å hjelpe andre og bidra til kunnskapsutvikling innan eit område. Alt dette er innanfor det ein verkeleg ønskjer. Det som skil personar med høg personleg meistring er at dei har mot til å stå for eigne visjonar som kanskje skil seg ut frå folk sine vanlege oppfatningar. Kreativ spenning er som sagt det gapet mellom visjonen og den verkelegheita ein lever i no. Meistring av kreativ spenning får ein fram tolmod, det å halde ut. Personar med høg grad av meistring har ofte evne til å utføre vanskelege oppgåver enkelt og med eleganse. Dei som vil satse på å oppnå personleg vekst vil nok møte spørsmål om å treffe eit val. Senge (2004) skriv vidare at ingen kan tvingast til å utvikle seg, det kan få motsett verknad. Leiarane kan derimot legge til rette med å skape eit trygt miljø der tilsette kan skape sine visjonar, syne sine forpliktingar og utfordre daglege rutinar og tenester. Leiarane bør gå fremst med eit godt føredøme (ibid).

Eg vil no vidare sjå på nokre faktorar som kan vere med på å hemme personleg meistring, og vil starte med Senge (2004) som peikar på at det finst grunnar til at arbeidsplassar ikkje oppmuntrar til personleg meistring. Nokre av grunnane kan vere at ein har oppmuntra og såg opp til personar som seinare skuffa eller såra oss, og kanskje vert ein bitter fordi personane ikkje innfridde forventningane. Nokre vil kanskje hevde at å jage etter stadig meir personleg meistring vil føre til at ein vert utbrent og stressar i jobben sjølv om organisasjonen elles fungerer godt. Det er vanskeleg å måle personleg meistring, det er noko ein må sjå over tid. Organisasjonar og menneska utviklar seg heile tida. Kanskje når tilsette gjer om ideala sine til forventningar, og dei ikkje innfrir, kan dei kjenne at fokuset vert flytta frå mennesket sjølv. Ofte står ikkje forventningane til idealet, det ein hadde håpa på. Ved å ikkje overromantisere medarbeidarane eller å stresse når ein vert skuffa, kan gjere at ein del personar maktar å stå i arbeidet etter oppnådd pensjonsalder (ibid).

Nonaka (i Krogh m.fl. 2001) nemner ei årsak som kan vere med på å hindre at omsorg oppstår mellom medlemmene i organisasjonen, og det er å oppleve sterk konkurranse mellom ulike avdelingar på same nivå i verksemda. Om tilsette kjenner seg usikre eller utrygge på kva for ressursar dei får til dømes i neste kvartal eller år, kan det føre til at dei held fram med den trygge sikre måten å gjere ting på, i staden for å prøve noko nytt, teste ut nye ting, vere innovativ som igjen er med på å fremje kunnskapsutvikling. Opplever organisasjonen at dei er i sterk konkurranse internt om ressursar, til dømes tid, pengar, kvalifisert personell, kan det føre til at dei misser litt av motet til å yte omsorg for kvarandre og dermed hindre kunnskapsutvikling. Det å føle at organisasjonen utviklar ein kultur der tilsette ikkje ser karrieremoglegheiter, at dei kjenner på tidspress og ser lite tolmod hos leiarane, kan føre til misnøye hos organisasjonsmedlemmene. Mange kan då kjenne ubehag ved å jobbe i eit slikt miljø. Nokre forfattarar har teke til orde for at kognitive prosessar påverkar, slik at eksterne omgjevnader vert interne og sjølvforsterkande for verksemdene. Organisasjonen speglar seg sjølv, og reflekterer den omgjevnaden den trur den er ein del av (ibid).

Kvamme og Bjerke (2003) har gjennomført ei kvalitativ undersøking av sjukepleiarar både i kommune og spesialisthelsetenesta der dei har sett søkjelyset på om sjukepleiarar får auka anerkjenning når dei tileignar seg meir kompetanse. Kvamme og Bjerke fann blant anna ut at både formell og uformell anerkjenning er ujamt fordelt ved ulike arbeidsplassar i dei ulike tenestenivåa. Resultatet av at sjukepleiarane gjekk gjennom eit klinisk program der ein spesialiserte seg, til dømes innan sitt eige fagfelt, gav eit stort personleg utbytte. Spesialiseringa auka også fagleg tryggleik, styrka sjølvkjensle, auka rasjonelle ferdigheiter, og nokre opplevde at leiaren ”såg” dei og satsa på dei. Nokre av sjukepleiarane erfarte at det å lære noko nytt stimulerte til å satse på ytterlegare fagleg utvikling. Det som hindrar utnytting av kompetansen til kliniske spesialistar, er blant anna det at leiaren manglar kjennskap, at det var stort arbeidspress i avdelinga, sterkt likskapsideal og motstand mot endring. I kommunesektoren stod ofte likheitsidealet sterkt og på grunn av knappe ressursar tvinga det seg fram ei arbeidsdeling der alle gjer det same, med det synspunktet at lik arbeidsdeling gjer at alle er like mykje verd. Profesjonsstrid og Jantelova var meir utbreidd ved sjukeheimar og i heimetenestene enn ved spesialisthelsetenesta. Eit anna interessant tilhøve som kom fram i denne undersøkinga var at det var mindre interesse blant arbeidskollegaer i kommunesektoren for auka kunnskap og innhaldet i den nye kompetansen enn i spesialisthelsetenesta (ibid).

Til slutt vil eg nemne at arbeidsplassar som fungerer dårleg har ofte fellestrekk med at medarbeidarane ikkje tek ansvar, manglar felles reglar eller reglane vert ikkje følgt. Det vert heller ikkje gjort nok for å få til ei felles samkjensle og leiarskapet er fråverande.

Medarbeidarane som har høgare ambisjonar i livet vil kanskje etter kvart søkje seg vekk frå slike organisasjonar som er vanskjøtta (Velten m.fl. 2008).

2.2 Kunnskapsutvikling i arbeidet

I dette avsnittet har eg valt å sjå på forholdet mellom læring og kunnskapsutvikling og då først og fremst gjennom individuell læring og relasjonar i organisasjonen. Det å legge til rette for refleksjon for å oppnå eit skapande miljø som er prega av tillit og omsorg for å få fram kunnskap vert fokus her. Det inneber også å få fram den kunnskapen som er vanskeleg å forklare andre (taus kunnskap). Vidare tek eg opp det å meistre gruppelære og medarbeidarskap som er viktig for den kolligale læringa.

2.2.1 Individuell læring og refleksjon

Senge (2004:304) spør korleis ein skal vente at menneska skal lære viss dei har lita tid til å tenke og reflektere, både kvar for seg og saman med andre.

Donald Schon (i Senge 2004) nyttar omgrepet ”refleksjon i handling” som ein karakteristikk av yrkesutøvarar som lukkast med læring. Det vil seie at dei utviklar ei evne til å arbeide i ein kontinuerleg syklus der ein tek pausar for å utvikle hypotesar, deretter handlar, for så å ta pause for å reflektere over resultatata. Uttrykk som ”*tenke mens man handler*” og ”*å lære gjennom handling*” viser til at ein ikkje berre kan tenke på å gjere noko, men at ein kan tenke og gjere noko samstundes (ibid).

Senge (2004:305) peiker på at det er lett å skulde på press ved organisatoriske tilhøve for den hektiske aktiviteten og mangel på tid til å reflektere. Men forskning tyder på at problema ligg andre stader. Det er utført mange eksperiment av lærevanane til leiarar, og dei synta at det var forbausande få leiarar som bruker tid til refleksjon sjølv om dei hadde tid og tilgang på

tekniske hjelpemiddel. Leiarane i desse eksperimenta skifta ofte til ny strategi utan å reflektere over kvifor noverande strategi ikkje førte fram til ønskete mål. Ingen veit kor mykje tid leiarar i morgondagens organisasjonar vil bruke på å reflektere, utvikle modellar og skape læreprosessar, men det vil verte mykje meir enn tidlegare og ein vil oppleve at læring tek tid, skriv Senge (2004).

Nonaka (i Krogh m.fl. 2001) gir uttrykk for at omgrepet omsorg på individuelt grunnlag vil ein kanskje først og fremst tenke på korleis mor/far oppfører seg overfor ungane sine, slik læraren snakkar med elevane sine, legen med pasienten, leiaren med den tilsette. Omsorg har størst innverknad i organisasjonen når leiinga forstår kor viktig det er å utvikle ein "plass" eller kontekst der kunnskap kan delast og skapast på eit fritt grunnlag. Det vil seie at leiarane må vere kloke, dei må både forstå andre sine behov, gruppa sine behov, organisasjonen sine behov og samfunnet sine behov. Det vert viktig å integrere desse behova slik at det føre til utvikling av sosial kunnskap samstundes som dei tilsette lærer og eksperimenterer på eiga hand.

Kunnskapsutvikling set heilt spesielle krav til relasjonar i organisasjonen. Tilsette i organisasjonen som skal dele personleg kunnskap må kunne vere opne for kvarandre sine idear og kunne stole på kvarandre. Når ein opplever støttande og konstruktiv relasjon, kan tilsette enklare dele sine personlege erfaringar og komme i god dialog og eventuelt dele bekymringar ein måtte ha. Gode relasjonar kan effektivt redusere teikn til mistillit, redsle og misnøye, og heller skape eit trygt miljø der dei tilsette kan utvikle seg. For å motverke at det utviklar seg ein praksis der kunnskap (som mange forbind med makt og påverknad) vert halden tilbake eller skjult i organisasjonen, er det viktig å utøve omsorg gjennom å ha gode relasjonar. Graden av omsorg vil dermed kunne påverke i kva grad dei tilsette føler dei kan komme med nye omgrep, nye idear, formidle og ta imot konstruktiv kritikk (ibid).

Nonaka (i Krogh m.fl. 2001: 73) peikar vidare på at relasjonar i organisasjonen kan rangerast frå eit høgt omsorgsnivå til eit lågt omsorgsnivå. Organisasjonar med mykje omsorg er prega av høg grad av tillit, aktiv empati, god tilgang på hjelp, mykje mot og liten grad av fordømming. I organisasjonar med lite omsorg er slik åtferd nesten fråverande. Dette kan illustrerast med figuren under:

Kunnskapsutvikling når det er mykje eller lite omsorg

	Individuell kunnskap	Sosial kunnskap
Lite omsorg	Å gripe Alle tenker på seg sjølv	Å utveksle Utveksling av dokument eller andre former for eksplisitt kunnskap
Mykje omsorg	Å skjenke Hjelp ved utveksling av innsikt	Å leve med Å leve saman og arbeide med eit konsept

(Fig.1 Tabell 3.1 Nonaka i Krogh m.fl. 2001:73)

Der det er liten grad av omsorg, er individuell kunnskapsutvikling prega av at ein ”griper” kunnskapen og at den sosiale kunnskapsutviklinga skjer med at ein utvekslar. Ved høg omsorg forandrar desse prosessane for kunnskapsutvikling seg og reflekterer sterkare relasjonar. Her vil enkeltindivid skape kunnskap gjennom å ”skjenke” dei erfaringane og innsikta dei har opparbeidd seg. Grupper vil vidare skape sosial kunnskap gjennom det ein vil kalle ”leve med” kunnskapen, der ein vil klare å dele ein visjon som kan byggje på tause idear og kjensler. Når det er lite omsorg, vil det vere lite aksept for taus kunnskap som ei kjelde til nyskaping (ibid).

Nonaka (i Krogh 2001:19) gir vidare uttrykk for fem punkt som kan hjelpe å fremje kunnskapsutvikling. Det første er å skape ein kunnskapsvisjon, for det andre å få i gang ein samtale, for det tredje å mobilisere kunnskapsaktivistar, for det fjerde å utforme den rette konteksten og det femte å gjere lokal kunnskap global. Det er viktig å skape gode relasjonar gjennom å vise omsorg. Det å skape den rette konteksten for læring og kunnskapsutvikling er nok det viktigaste punktet her fordi den har innverknad på alle dei andre punkta (ibid).

Skår (2010) undersøker i si doktorgradsavhandling læringsprosessar som er i sjukepleiarane si profesjonsutøving i kommune- og spesialisthelsetenesta. Ho finn blant anna at det er viktig at ein tek vare på, identifiserer og gir anerkjenning til sjukepleiarar som har ekspertkunnskap gjennom sin praksis i helseinstitusjonar. Her er det viktig at dei erfarne sjukepleiarane fortel om si læring, sine nederlag og sine erfaringar som gir gode resultat. Læring i denne studien

syner at den er prega av deltaking i arbeidet, og det kan vere forskjellig frå sjukepleiar til sjukepleiar kor mykje vilje, styrke, mot og engasjement dei syner i arbeidet, og det vil kanskje igjen føre til ulik læring ved same arbeidsplass. Gjennom aktiv deltaking med å bruke seg sjølv og sin kunnskap, kan sjukepleiarane utvikle personlege fordelar som dei kan nytte ved neste situasjon, til dømes ved etiske vurderingar i komplekse situasjonar. Dette handlar ikkje om at teoretisk kunnskap ikkje kan nyttast/overførast i reelle situasjonar, men at det krev aktiv deltaking for å forstå kva kunnskapen vil seie i aktuelle situasjonar sjukepleiarane står overfor i det daglege arbeidet (ibid).

Ein annan studie av tilsette i pleie- og omsorgstenesta gjort av Gjerberg og Amble (2009) handlar om ein modell for refleksjon. Fokuset vert her å få til ei betre meistring av dei utfordringane tilsette i tenesta møter i kvardagen på ein sjukeheim. Dei starta refleksjonsgrupper med gruppeleiarar ved fleire avdelingar på arbeidsplassen. Dei hadde faste møte på ein time ein gong per måned. Gruppene arbeidde etter ein bestemt struktur som var basert på ein systemisk kombinasjon av fri individuell og kollektiv refleksjon. Resultatet av prosjektet var at dei opplevde erfaringane som tidlegare var til dels tause, kom fram i fellesskapet. Samstundes erfarte dei at systemisk refleksjon førte til gjensidig læring, tilsette tok meir ansvar for å utvikle nye handlingsstrategiar og endra måten å jobbe på. Det at ein får auka tid til refleksjon over utfordringane i arbeidskvardagen, førte og til at ein fekk meir fokus på fag, ikkje minst hos dei som hadde minst kompetanse og erfaring. Individuelle og kollektive refleksjonar gav auka organisasjonslæring og auka meistring (ibid).

Bakken Nilsen (2009) har i si doktoravhandling sett på kompetanseheving for personalet i kommunehelsetenesta. Det er her tatt utgangspunkt i Handlingsplan for kompetansereforma (2000) som skulle gje auka moglegheiter for opplæring og kompetanseheving. I denne reforma la dei til grunn at det var viktig for vaksne tilsette å få auka kompetanse etter kvart som utviklinga går framover, både teknologisk og kunnskapsmessig. Utgangspunktet var at i kommunehelsetenesta kan det vere vanskeleg å arrangere kurs for alle på grunn av skiftarbeid, deltidsarbeid og stor arbeidstyngde. I studien syner ho ein modell for korleis ein kan implementere eit utdanningsprogram som ein del av dagleg rutine i arbeidstida med kort undervisning og fast rettleiing i arbeidet. Det vart avsett tid til undervisning på om lag 90

minutt to gonger i veka for ei gruppe utvalte tilsette i dette prosjektet. Modellen vart testa ut på ulike avdelingar ved ein sjukeheim der sjukepleiarar, hjelpepleiarar, omsorgsarbeidarar og assistentar deltok. Utdanningsprogrammet hennar tok utgangspunkt i *”Livshistorier som en metode til å skape gode relasjonar mellom pasient og pleiepersonell”*. Her brukte ho fiktive historier med det føremål at det skulle ”tenne” dei tilsette i å få interesse for pasientane sine livshistorier. Dette gjennom å få fram taus kunnskap og refleksjon som tilsette gjorde i arbeidet med mål om auka læring. Funna synte her at fleksibilitet, tid og sted var viktige forutsetningar for å lukkast. Leiarane vert ein viktig ressurs med å legge til rette for at slik undervisning let seg gjennomføre i den daglege drifta. Undervisning og rettleiing vart lagt til dei dagane det var flest personar på jobb, og i den tida det var lettast for personalet å komme i frå arbeidet. Undervisninga skulle vere starten på ein læreprosess som skulle fortsette med eigeninnsats og rettleiing i grupper.

Jacobsen og Thorsvik (2007) meiner at organisasjonar i helsesektoren har og kjem til å komme ut for omfattande og kontinuerlige endringar, av di det speglar samfunnet generelt. Større press på helseføretaka om å yte mest mogleg for ein billig penge har pressa fram ein marknadstenking. Dette vil igjen føre til nye utfordringar og press på kommunehelsetenesta med å behandle og rehabiliterer pasientar tidlegare i sjukdomsforløpet enn før. Forfattarane her snakkar om at for å overleve for ein organisasjon i dag, må den meistre læring, innovasjon og omstilling. Dei skildrar også menneska si åtferd i organisasjonen der den humane kapitalen er den største ressursen for ei bedrift og det er her føresetnadene for læring må på plass. Læring kan skje på ulike plan. Kvar enkelt medarbeidar har sin kunnskap brakt med seg i form av sin utdanningskompetanse, denne kunnskapen vert då inkorporert i organisasjonen sin struktur og kultur. Opplæring av nyttilsette og studentar kan vere eit av desse tiltaka. Det har skjedd store endringar også innan høgskuleverket, til dømes innføring av bachelorgrad i dei fleste helse fagstudiane. Dette vil påverke kommunehelsetenesta, her pleie- og omsorgstenesta, når ny-utdanna kjem inn med ein annan teoretisk vinkling på utføring av yrket.

Læring i ein organisasjon kan skje etter prinsippet ”learning by doing” som igjen aukar kunnskapen blant dei tilsette i sektoren. Den erfaringsbaserte kunnskapen, eller taust kunnskap, har vore den viktigaste måten dei tilsette har tileigna seg ny kunnskap på. Mykje har vore skrive om dette emnet, og i organisasjonsstruktur i dag opplever ein meir og meir press på å artikulere sin erfaringsbaserte kunnskap i skriftleg form grunna i kvalitetssikring, men også fordi det er krav om å dokumentere sin fagkompetanse (ibid)

Argyris og Schon (1996) hevdar at vi har ein handlingsteori: Den uttrykte teorien og bruksteorien. Det førekjem organisasjonsmessig læring gjennom at ein reflekterer frå faste prosedyrar, organisasjonskartet, mål, policy, leiarstil, retningslinjer som organisasjonen har. Vidare kva det gjer med normer, verdiar, oppfattingar, haldningar, grunnleggande føresetnader for ressursfordeling og maktutøving. Når ein reflekterer over desse forholda, kan ein få til ei organisasjonsutvikling. Den uttrykte teorien handlar om ulike sider ein veit om seg sjølv (formell kunnskap, rolle, modell, og det ein veit om korleis ein verkar på andre). Bruksteorien omhandlar ting ein ikkje veit om seg sjølv (den tause kunnskapen), det som ein utfører i verkelegheita, erfaringane ein har som er vanskelege å skildre med ord (ibid).

Det bør vere, ifølgje Argyris og Schon, mest mogleg samsvar mellom bruksteori og uttrykt teori, ikkje for stor avstand mellom ”liv og lære”. Det bør vere samsvar gjennom gransking og refleksjon. For å seie noko om læring må ein fokusere på samsvaret mellom det ein faktisk gjer og det ein seier at ein gjer til det ein ikkje gjer og det ein ikkje seier. Desse teoriene kan ein føre over til organisasjonar. Den uttrykte teorien i organisasjonen vert ting medlemmene seier og trur, som teoriene ein omgjev seg med, grunngevingane ein seier offentleg, orsakingane, ting ein trur ope på, det ein syner fram til andre. Dette er ofte resultat av opplæring, struktur og synlege mønster. Bruksteorien i organisasjonen vert då det medlemmene ikkje snakkar om eller ikkje er opptekne av, som det ein faktisk gjer, det ein syner at ein trur på, taust kunnskap, erfaringane og handlemåtane våre. Denne bruksteorien er berre tilgjengeleg for organisasjonane sine eigne medlemmer. Her må ein tenke over om ein bryt reglar eller vanleg praksis, kvifor ein gjer det ein gjer og kva konsekvensar det kan få. Dette er ofte resultatet av sosialisering og kultur (ibid).

Argyris og Schon(1996:21) skriv vidare om single and double-loop learning (enkelkrets- og dobbelkretslæring) i organisasjonar, som er synt ved figuren under.

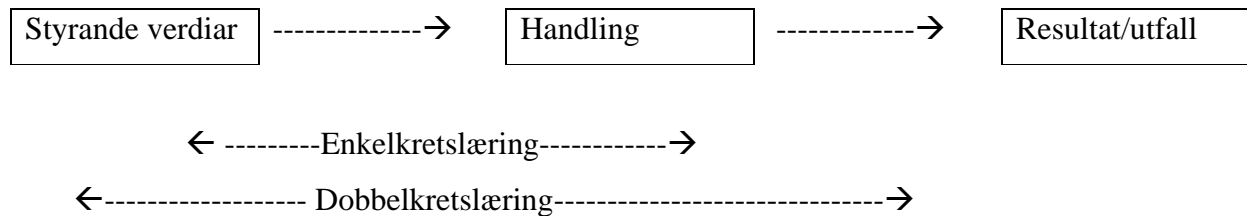


fig.2

Med enkelkretslæring meiner ein her at ein har grunnleggande idear, mål og verdiar som styrer dei konkrete handlingane våre, som gir resultat av handlingane våre. Resultat av handlingane fører tilbake kunnskap som stadfestar at ein har rett, men samstundes ikkje utfordrar handlingane våre i vesentleg grad. Ein set ikkje spørsmålsteikn ved om desse handlingane er rette. Ved enkelkretslæring trur ein på den uttrykte teorien. Om lag 90 % av prosessane førekjem ved enkelkretslæring og slik må det kanskje vere for at ein ikkje skal verte "utbrend" av å heile tida stille spørsmål ved det ein gjer. Ved dobbelkretslæring vert bruksteoriane tekne fram og granska. Her set ein spørsmålsteikn ved om dei handlingane ein gjer er rett og ein går meir i djupna. Ein går tilbake til utgangspunktet til dei grunnleggande ideane, måla og verdiane som styrer handlingane våre. Dette er ein type læring der handlingar vert konfronterte med konsekvensar, der årsakstilhøva vert granska ope og tenkinga vår vert utfordra.

Dobbelkretslæring vil legge grunnlag for eit miljø som tillet individuell fridom, openheit, tek ansvar og syner tillit til kvarandre. Vidare tillet ein prøving og feiling med minimale forsvarsrutinar, og det vert eit miljø som er prega av spørjande og kritisk handling til fortida (ibid).

2.2.2 Gruppelære

Nonaka (i Krogh m.fl. 2001) skriv at kvart medlem i samfunnet har unik, personleg kunnskap. Delar av denne kunnskapen er taus, og kan vere vanskeleg å forklare til andre. Leiarar i ulike verksemdar har ei utfordring i å få fram denne kunnskapen slik at ny kunnskap i sum vert meir enn kva den einskilde veit.

Eit hovudpoeng i organisasjonsutvikling er at: *”Læring og utviklingsmuligheter kan planlegges, men det er de menneskene som deltar i læringsprosessene som i samspill med omgivelsenes påvirkning avgjør resultatet”*, skriv Levin og Klev (2002:17). Aktørane i organisasjonen må vere aktive og sjølv sjå meining med å nå dei måla som er ønskte. Det vil seie å bruke prosessar der alle grupper i organisasjonen kan utvikle sine ressursar. Dette for å danne ein organisasjon som er i stand til å møte framtidige utfordringar ein krev med omsyn til utvikling (ibid).

Nonaka (i Krogh m.fl. 2001) peiker på at ein bør ikkje gløyme at kunnskap ikkje berre er reservert ekspertar, gurarar, kunnskapsarbeidarar og profesjonelle, men den finst i alle einingar i organisasjonen og alle nyttar den. Konstruktive og støttande relasjonar gjer det lettare for folk å dele si forståing av eit fenomen til andre. Og når kulturen er prega av gjensidig tillit, gjer det sitt til at det vert lettare å diskutere tvil og uro som dei måtte ha. Det er og viktig å ha fokus på fysiske miljøet rundt der det skal førekomme kunnskapsutvikling og det mentale rommet (felles tankar, opplevingar og kjensler). Nettverket vert avgjerande for kor mykje tillit og omsorg deltakarane syner kvarandre (ibid).

Eit skapande miljø er ein plass der kunnskap kan utviklast, skapast og vert teke i bruk. I denne tydinga vil det ikkje nødvendigvis seie at eit skapande miljø er ein fysisk plass, det er heller ei blanding av fysiske rom, virtuelle rom og mentale rom. Det vert eit nettverk basert på interaksjon som vert bestemt av kor mykje tillit og omsorg deltakarane syner kvarandre. Større grupper kan utveksle erfaringar gjennom til dømes praksis, rutinar og språk. Skal ein klare å utvikle ny taus kunnskap gjennom sosialisering, bør gruppa ikkje vere for stor (seks til sju personar), det vil seie å danne eit mikrosamfunn med eit tett nettverk av relasjonar. Organisasjonsmedlemmer som skal kunne dele personleg kunnskap, må kunne stole på kvarandre og vere opne for kvarandre sine idear (Nonaka i Krogh m.fl. 2001).

Nonaka (i Krogh m.fl. 2001) gir vidare uttrykk for at det vert særskilt utfordrande om den som presenterer ny kunnskap har ein annan bakgrunn ein deg sjølv. Utsegn som: "Før eg starta i dette teamet vart eg sett på som dyktig", kan verte ei utfordring. Andre hindringar som kan oppstå for ei gruppe er at dei har behov for eit felles språk, dei har kanskje negative organisasjonsforteljingar, innarbeidde prosedyrar og verksemda sine paradigme som mål. Vidare kan visjonar, kjerneverdier, verksemda si oppfatning av verkelegheita ha påverknad. Det kan vere svært vanskeleg å bryte gjennom og heve seg over desse hindringane for å få fram ny kunnskap. Vanlegvis er det gjennom felles visjonar og kjerneverdier ein sosialiserer nyttilsette i verksemda. Felles mål, reglar og normer er nettopp det som gjer at organisasjonen heng i hop, og mykje av dette er ein naturleg del av sosialiseringa og måten menneske opptrer i grupper på (ibid).

På 1990-talet voks det fram ein ny radikal retning i organisasjonsutviklinga, skriv Levin og Klev (2002). Denne retninga ser på organisasjonar som primært kunnskapsstyrt og kunnskapsskapande. Det vart her viktig å forstå kva kunnskap og læring er, samt mekanismene og dugleiken som styrer utviklinga, også fagleg, gjennom å byggje kapasitet og evne i organisasjonen. I staden for konkrete løysingar handlar det her om eigenskapar og føresetnader til å bruke teknologien, og nytte menneskelege ressursar til å skape naudsynte løysingar og realisere dei (ibid).

Gruppelære er den prosessen med å fininnstille og utvikle laget (arbeidslaget) si evne til å skape resultat som menneska i organisasjonen verkeleg ønskjer, det å spele saman i eit team, skriv Senge (2004). Det er i dag viktigare enn nokon gong å fokusere på å meistre gruppelære i organisasjonar, då det vert meir vanleg at ein lærer av kvarandre i grupper, samarbeider på tvers av funksjonar, og mange viktige avgjerder vert tekne i team. Grupperesultat kan og danne premissar og sette standard for felles læring til resten av organisasjonen. Det at det finst gruppelære i ein del av organisasjonen vil skape læring der, men den læringa kan og overførast til andre grupper i organisasjonen. Det at individa lærer kontinuerleg vil ikkje vere det same som at det automatisk vil finnast organisasjonsmessig læring (ibid).

Senge (2004) peikar på at gruppelære er ein gruppedugleik. Ei gruppe av talentfulle, lærande individ vil ikkje naudsynt verte ei lærande gruppe. Gruppedugleik er endå vanskelegare å utvikle enn individuell dugleik. Det er årsaka til at lærande grupper treng "øvingsfelt". Det vil seie ulike måtar å trene saman på slik at ein kan utvikle kollektive lærande grupper. Den viktigaste årsaka til at grupper ikkje utviklar seg til effektive læreeiningar, er nok at det ofte er total mangel på meningsfylt trening og øving. Donald Schon (1983, i boka: "*The Reflective Practitioner*") gir og uttrykk for at eit av dei viktigaste treningsprinsippa er ein konstruksjon av den verkelege verda, trening i ei "virtuell verd". Slik trening gir fridom til å eksperimentere, og tempoet kan varierast ved slik øving. Handling som ikkje kan "skruast tilbake" eller omgjerast i det verkelege liv, kan i den virtuelle verda gjerast om att og om att. Det same skjer til dømes i lagidrett ved trening der spelet kan endre tempo for å trene på ulike trekk som kan føre ballen i mål utan at konkurrentane er der. Gruppelære vil oppmuntre til ei form for regelmessig trening. Mange leiargrupper manglar ofte slik trening. Senge meiner at disiplinen gruppelære står overfor eit gjennombrøt, av di ein gradvis startar med å lære korleis ein skal trene i lag. Det er to "prøvefelt" som han ser framover – det eine er øving på dialog, og det andre er å skape "lærelaboratorium" og "mikrokosmos", til dømes gjennom dataspel, (fly)simulatorar og rollespel (ibid).

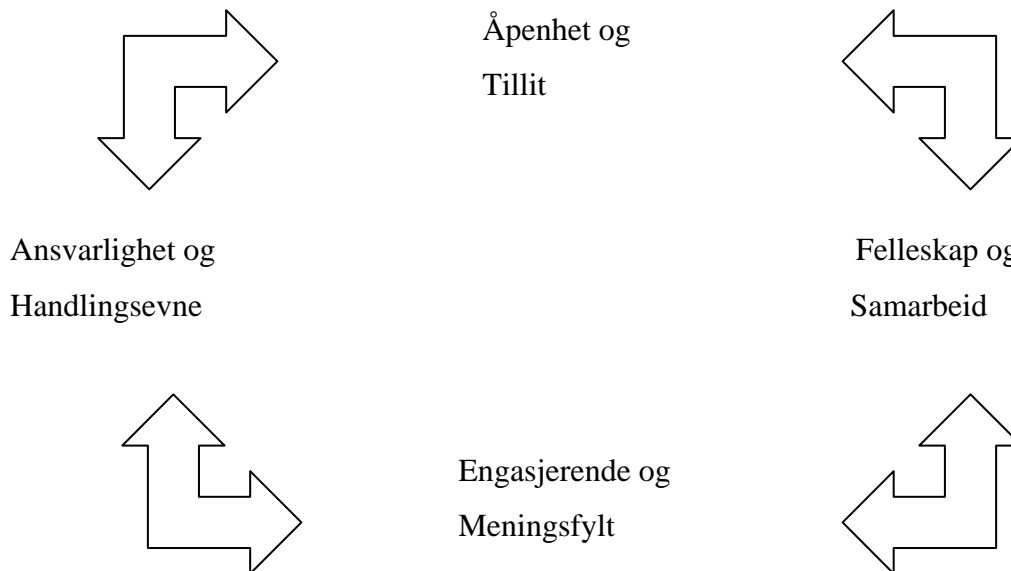
Senge (2004) gir vidare uttrykk for at gruppelære er ein kollektiv disiplin, sjølv om den omfattar individuell dugleik og forståing. I ei gruppe snakkar ein på to måtar, meistrar dialog og diskusjon. Det kan vere vanskeleg å sjå skiljet mellom desse to måtane å snakke med kvarandre på. I dialogen er det ei fri og kreativ utforsking på komplekse og vanskelege spørsmål, der ein lyttar til kvarandre og legg til side eigne synspunkt. Målet med dialogen er at den går utover forståinga til kvart enkelt individ. Ein er ikkje ute etter å vinne når ein deltek i ein dialog. Ein vinn alle saman om dialogen vert utført på rett måte. I ein diskusjon vert ulike synspunkt presentert og forsvart. Målet her er at ein leitar etter dei beste synspunkta som støttar opp om avgjerslene som skal takast her og no. Gruppelære inneheld også korleis ein meistrar krefter som motarbeider gode dialogar og diskusjonar i arbeidsgrupper (ibid).

2.2.3 Medarbeidarskap

Velten m.fl. (2008) ser, i likskap med Senge, at arbeidsplassen kan samanliknast med eit lagspel (til dømes fotballag eller eit orkester). For å oppnå samarbeid og lagspel må ein ha nokre felles grunnleggande spelereglar. Spelereglane må vere slik at dei ulike spelarane veit kva for posisjon dei skal stå i og kva målet med spelet er, og kva for mønster dei skal fungere i. Til dømes at fotballspelarane får rask tilbakemelding om dei ikkje er i rett posisjon når ein pasning vert sendt frå ein lagspelar og ein skal sentre vidare til ein som skal skåre mål. Laget har trent på eit mønster der alle spelarane har ei rolle/ein plass i systemet.

Arbeidsplassen kan samanliknast med eit slikt lagspel med trening i visse mønster (til dømes sjukepleiarar i ein akuttsituasjon, ved hjartestans, der kvar enkelt har øvd inn kven gjer kva i ei viss rekkefølge). Eit godt arbeidslag har eit godt utvikla grunnspel, der medarbeidarane har tilstrekkeleg informasjon og kunnskap for å utføre ein god jobb og samarbeid med andre. Dette handlar om at leiarar og medarbeidarar vert trygge i faget og yrkesrolla si, gjennom nødvendig trening og førebuing til oppgåvene sine. Det som ofte skjer i organisasjonane er at kvardagslege rutinar ikkje får nok merksemd, det er ofte høgare status med endringsarbeid og utviklingsprosjekt. Det kan då verte slik at merksemda vert retta mot slike prosjekt og at det vert mindre fokusert på grunnspelet. Det at arbeidet flyt smidig og effektivt, er eit sentralt leiaransvar. Det vert kanskje ikkje opplevd som det mest spennande arbeidet å skulle finjustere arbeidsoppgåver, metodar og rutinar, men det er viktig for å få til eit godt resultat for samarbeidsklimaet. Medarbeidarar som utfører arbeidsrutinar godt, dei rutinerte medarbeidarane, bør få anerkjenning og belønning (Velten m.fl. 2008).

Medarbeiderskaphjulet er ein prosessorientert modell for å utvikle arbeidsplassen sitt grunnspel. Vi kan starte ei målretta utvikling av samspelet på arbeidsplassen når grunnspelets struktur (oppdrag, pliktar, rettar og dugleik) er avklart. Utviklinga skjer gjennom å skape eit klima som er prega av openheit, fellesskap, engasjement og ansvar illustrert ved figuren her:



Figur 3. (Velten m.fl. 2008:100)

Desse omgrepsspara i figuren ovanfor påverkar kvarandre innbyrdes. Det kan skje både i negativ og i positiv retning. Om arbeidsplassen er prega av openheit og tillit, vil det bidra til å styrke fellesskapet og samarbeidet som igjen fører til engasjement og gir mening. Folk får lyst til å ta ansvar og vise initiativ og slik kan hjulet rulle. Men det føreset at organisasjonen sine føresetnader er i orden, som til dømes personalidear, mål, strategiar, rutinar for rekruttering, support av leiarar, personaladministrative rutinar, metodar for medarbeidarutvikling og system for oppfølging og tilbakemelding. Det krev aktiv innsats frå dei fleste medarbeidarane for at medarbeiderskaphjulet skal dreie i rett retning. Leiaren har ei viktig oppgåve med å bidra til at arbeidet vert opplevd å gi mening, gi støtte og anerkjenning til dei av medarbeidarane som gir positive bidrag. Når hjulet går i rett retning, oppstår det ein positiv spiral som gjer at medarbeidarane opplever at arbeidsplassen vert stadig betre, og styrkar trua på framtida for organisasjonen (Velten m.fl. 2008).

Nonaka (i Krogh m.fl. 2001) skriv at nokre menneske må bruke tid på å tilpasse seg ny kunnskap og visjonar. Andre opplever det berre som truande. Ein ny organisasjonsstruktur vil kunne gi moglegheit for enkeltindivid til å arbeide direkte med å utvikle kunnskap, ofte i team. Tilsette vil nok i større grad verte tvungne inn i samarbeid med andre som har ulike relasjonar, erfaringar og kunnskap. Dette er kanskje nødvendig for framtida, men det vil nok ikkje gå utan ein viss form for motstand. Det å arbeide i team kan føre til at ulike personar i gruppa presenterer ulike historier for å framheve sine erfaringar og kunnskap. Ny kunnskap kan verte vanskeleg å ta imot om den går på tvers av det ein sjølv har av oppfatningar, vår historie. I alle sosiale møter presenterer folk seg gjennom personlege forteljingar. Dei fortel si historie om sitt liv, karriere, draumar, ønske, håp eller vendepunkt. Gjennom historia si forsøker folk kanskje å imponere andre ved å framheve spesielle hendingar og/eller nedtone andre. Dei fortel kanskje slike historier for å trøyste seg sjølv eller rettferdiggjere ting dei har gjort. For gjennom personlege historier vil ein formidle viktige verdiar som ein har, skape inntrykk av å vere flinke og kompetente og ikkje stå fram som mindre dyktige i lag med kollegane. Folk er særleg flinke til å fortelje gode historier om sin ekspertise, som til dømes gjer at medarbeidarane spør deg om hjelp, at leiaren gir deg dei rette oppgåvene i forhold til tidlegare prestasjonar. Det kan vere vanskeleg å opprette eit godt sjølvbilete og sjølvrespekt når deltakinga i organisasjonen si kunnskapsutvikling vert ein trussel mot sjølve fundamentet for dei personlege forteljingane (ibid).

Senge (2004) peikar på tre kritiske dimensjonar til gruppelære. Det eine er at det kan vere utfordrande når mange hovud skal komme fram til eit resultat på komplekse spørsmål. Det er ein kunst å få til gruppelære slik at potensialet som gruppa sit inne med vert nytta fylt ut. Det er også ei utfordring når mange personar i lag skal skape ein god relasjon der alle medlemmane i gruppa veit om kvarandre og at dei kan stole på at alle vil opptre på ein slik måte at dei utfyller kvarandre. Den tredje dimensjonen peikar på at ei gruppe tenker ut ein idé, medan andre grupper utfører handlinga, den innverknaden som gruppemedlemmene utøver på andre grupper. Det vil seie at ei læregruppe vil oppmuntre andre læregrupper ved å formidle vidare praksis og dugleik (ibid).

2.3 Leiaren som kunnskapsutviklar

Det er færre leiarar per tilsette i helse- og omsorgssektoren enn i andre delar av offentleg sektor og samstundes er sektoren prega av mange ufaglærte, skriv Vike m.fl. (2002).

Forfattarane peikar samstundes på store kapasitetsproblem og utfordringar som finst i helse- og omsorgstenesta i dag, og som vil forsterke seg i åra som kjem. Kunnskap vil stå sentralt for å oppnå dei mål samfunnet vil krevje av leiarar og tenesteytarar i sektoren (ibid).

Med omsorg i samband med kunnskapsutvikling hevdar Nonaka (i Krogh m.fl. 2001) at vi kan skissere fem dimensjonar. Den første er gjensidig tillit der ein må byggje tillit gjennom å lære personen å kjenne over tid, må skape tillit ved å ikkje utsette tilsette for nedlatande ord overfor ein tredje person. Heller ikkje komme med overraskande moment, tilsette må ha tru på at leiaren har gode intensjonar. Leiaren bør stole på at hans råd vert brukt på den best moglege måten. Det andre er aktiv empati, det vil seie at ein aktivt går inn for å sette seg inn i ein annan person sin stad, der ein prøver å forstå personen sin spesielle situasjon gjennom å stille spørsmål og observere. Døme her kan vere interesser, dugleik, feilgrep, kva personen har oppnådd, framtid, problem den personen eventuelt har. Den tredje dimensjonen er tilgang på hjelp. Her må det utviklast reell og handfast hjelp. Hjelpa må vere innan rekkevidde og tilgjengeleg når tilsette treng den. Kanskje kan det vere slik at til meir kompetanse og kunnskap ein har, til større ansvar føler ein at ein har til å hjelpe andre. Inga fordømming, den fjerde dimensjonen, omhandlar at ingen i organisasjonen skal oppleve fordømming i relasjon med kvarandre. Nesten alle tilsette vil før eller seinare oppleve å handle inkompetent. Og då er det viktig å tenke på korleis vi møter desse tilfella. Behandle dei med respekt og gi konstruktive tilbakemeldingar. Den femte dimensjonen er pågangsmot, der det vil syne kor stor omsorg det er i relasjon mellom organisasjonsmedlemmene gjennom kor stort *mot* dei vågar å syne kvarandre (ibid).

Haukelien m.fl. (2009: 92) har undersøkt konsekvensar av gjennomføring av etter- og vidareutdanningsprogram i kommunehelsetenesta, EVUK. Her intervjuar dei tilsette (sjukepleiarar, vernepleiarar, hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar) i fire kommunar i Hordaland. Forfattarane gir uttrykk for at leiarar kan bevisst vere varsame med å skape *for store* forventningar hos sine tilsette fordi dei sjølve ser at dei har avgrensa tid til å følgje dei

opp. Det kan føre til at graden av fagleg tyngde har tendens å verte dempa og faglege ambisjonar vert relativt moderate, også hos dei som ønskjer å ta initiativ til endringar. Tilsette i studien til Haukelien m.fl. opplever at leiinga er mest administrative leiarar og set lite fokus på fag, og dei får inntrykk av at det ikkje er ønske med auka kompetanse fordi det forpliktar ubehageleg sterkt. Mange tilsette i denne tenesta er prega av manglande tillit til leiinga der informantane oppleve at leirane syner lita interesse og har manglande respekt. Derimot kan tillit gjere det mogleg å realisere høge og vanskelege mål utan store transaksjonskostnader. Dagleg vert det observert i helse- og omsorgstenesta forventningar om at dei tilsette er permanent tilgjengelege og løyser problem for andre på deira premissar. Eit døme er sjukepleiarane i arbeidsfellesskapet som vert forventa i høg grad å vere permanent ”tilgjengelege” for legen (ibid).

Nonaka (i Krogh m.fl. 2001:47) fortel at kunnskapsutviklarar er avhengige av intellektuell kapital. Difor må det ofte rapporterast kva for kunnskap som er til stades og kva behovet er framover. Varsel på svekka indikatorar i organisasjonen kan vere gjennomtrekk i arbeidstokken, tal på arbeidarar som ikkje nyttar data, det gjennomsnittlege utdanningsnivået med meir. Kunnskapsleiarane har då ansvar for å sjå på forholda og bringe kunnskapsstyringa tilbake på rett kjøl. Kunnskapsutvikling er ein dynamisk prosess som kan innehalde bidrag frå hundrevis av menneske i ein organisasjon. Av den grunn er det viktig at den vert leia frå toppen og slik at kunnskap vert formidla utover i heile organisasjonen. Alle leiarar har potensial til å vere effektive aktivistar og omsorgseksperter om dei tillet seg sjølve å prøve. Ofte kan slike barrierar overvinnast først når ein innser at slike barrierar eksisterer (ibid).

Nonaka (i Krogh m.fl. 2001) peikar vidare på at ein treng mot for å våge å eksperimentere sjølv, samt å tillate andre å eksperimentere. Ein kunnskapsutviklingsarbeidar må ha mot for å sette det ut i det offentlege rom. Ein treng og mot for å våge å seie det ein meiner og i tillegg gi tilbakemeldingar til andre, på ein positiv måte. Det er viktig å gi tilbakemelding slik at kunnskapsutviklinga går i rett retning og skaper gode sosiale prosessar. Å leie kunnskapsverksemdar krev både mot og vilje, mot til å gi frå seg styring og kontroll og sleppe potensialet til medarbeidarane ut. Det er viktigare at leiarane støttar kunnskapsutvikling enn at dei kontrollerar den sjølv. Det å legge til rette for relasjonsbygging og dialog som kan formidlast i heile organisasjonen er viktig (ibid).

2.3.1 Utfordringar i velferdsstaten

Haukelien m.fl (2009) peikar på nokre utfordringar dei ser velferdsstaten har i åra som kjem. Ei av utfordringane dei nemner er velferdsstaten sine kapasitetsproblem i pleie- og omsorgstenesta som har ført til auka sentralisering, og at kommunane og profesjonane i større grad no utøver ein politikk dei sjølve har mindre innflytelse på. Like eins vil rammefinansiering i lag med sterk ekspansjon av ansvar for kommunen sin velferdspolitikkk skape doble forventningar hos tenesteytarane. Det kan ein sjå gjennom at knappe budsjett undergrev lovpålagde tenester, men motsetninga vert desentralisert og ein teier svært ofte om konsekvensane. Dermed kan det oppstå ei sterk uformell grensedraging sidan tenesteytarane veit at høg kvalitet er i realiteten eit sekundært mål. Men i helse- og omsorgstenesta kan ein og oppleve det mottsette, der det er vanskeleg å etablere grenser. Haukelien m.fl. (2009: 93) fortel at velferdsstaten *personleggjer ansvaret*, der det er meir eller mindre totalt og at ein kan oppleve det direkte umoralsk å ikkje bryte dei økonomiske og politiske premissane om nødvendig og skriv: ”*Det er ikke moralsk akseptabelt å unnlate å yte god omsorg til hjemmeboende eldre selv om det faktisk ikke er tid nok til å yte dem.*”

Ei anna utfordring er at det er mindre tettleik av leiarar i helse- og omsorgssektoren enn i andre delar av offentleg sektor og kva konsekvensar dette kan få. Det vil føre til at det vert stilt store krav til leiing i denne sektoren framover. Blant anna fordi arbeidet i helse- og omsorgssektoren er sterkt individualisert og det arbeider mange tilsette i små stillingar. I tillegg er det vanskeleg å definere kvalitetsstandardar i denne tenesta og gjere dei kjent blant dei tilsette, særleg når tal på ufaglærte er stor og mekanismane for å halde ved like standardane er svake. Eit viktig spørsmål forfatarane stiller er i kva grad og korleis leiarar skal sikre kvaliteten på tenesta i helse- og omsorgssektoren (Haukelien m.fl. 2009).

Vike m.fl. (2002) beskriv ein reformprosess i ein norsk kommune der krav om endring nettopp var retta mot det presset omsorgssektoren er utsett for. Det vil seie det kapasitetsproblemet som ligg føre i denne tenesta og korleis lokalpolitikarane, administrasjonen i kommunen og dei tilsette i førstelinjetenesta løysar dette. Politikarar og tilsette opplever at dei treng meir og meir kunnskap om økonomi sidan mange saker vert

tekne opp i kommunestyre nettopp på bakgrunn av tilgang på pengar. Politikarane og dei tilsette i administrasjonen vert stilt opp mot ein konfrontasjon med eit ønske om å bidra i velferdspolitikken og samstundes ha økonomiske avgrensingar (ibid).

I helse- og sosialetaten er det mange omsyn å ta, og ofte vert det til at politikarane tek til orde for dei svake i samfunnet og deira behov, og vender seg deretter til administrasjonen i kommunen. Det er mange lovpålagde tenester i helse- og omsorgssektoren, også med øyremerkte midlar, og det er ikkje alltid det går i hop med dei økonomiske budsjetta. Politikarane ønskjer samstundes å vere lojale med administrasjonen som styrer budsjetta til kommunane. Mange kommunar slit med å prioritere blant såkalla ”svake grupper” som til dømes sjuke menneske som må på sjukeheim, unge som ikkje kjem inn på arbeidsmarknaden, menneske med rusproblem og barn som har vanskelege oppvekstvilkår. Det vert interessant å sjå korleis tilsette og politikarane i kommunane vil løyse dei kapasitetsproblema som ein ser i denne sektoren i åra som kjem. Det kan sjå ut som politikarane her prøver å løyse desse kapasitetsproblema utifrå avgrensa kunnskap og legitimitet. Politikarane her vegrar seg for å kutte i budsjetta slik at eldreomsorga vert ”levelege” for dei tilsette, i frykt for at dei vedtek eit lågare nivå på tenestetilbodet. Dei lit heller på at dei kan effektivisere tenesta, og politikk vert dermed organisasjonsarbeid. Dei lokale styresmaktene har altså som hovudoppgåve å finne løysingar på motsetningar som kjem mellom økonomiske tilhøve på den eine sida og velferdsambisjonar og politisk legitimitet på den andre sida. Omsorgstenestene som vert gitt til dei eldre er eit godt eksempel på dei problema som kjem til syne i den offentlege tenesteytinga. Då vert det ofte stilt spørsmål om kor langt strekk kommunen eller helse- og omsorgssektoren sitt ansvar seg. Dette dreiar seg ofte om folk sine forventningar, tilgjengelege ressursar, omsyn til organisasjonsstyring og den konkrete tenesteytinga som kan vere vanskeleg å foreine (Vike m.fl. 2002).

Mange meiner at nedbygginga av institusjonsplassar kanskje har gått for raskt. Det er eit større press på sjukeheimsplassar etter at det vert fleire eldre som treng meir pleie, levealderen aukar og det er ein tøffare utskrivingspolitikk frå sjukehusa. Dette fører til auka press og meirarbeid på heimetenesta av di dei har ansvaret for alle eldre og sjuke i kommunen, mens sjukeheimane har eit visst tal senger og kan foreta inntaksstopp når plassane er fylt opp. Dette kan føre til konflikt og kapasitetsproblem mellom dei to ulike hovudtenestene. Omsorga i kommunen vert organisert og ressursane fordelte etter kva enkeltvedtak som vart gitt av

administrasjonen. Behovet for hjelp kan svinge, og pleiarane opplever å ha ansvaret for å fordele hjelpa så godt dei kan, eller springe fortare får å nå alle. Avdelingssjukepleiarane sit mellom "barken og veden" med at dei er med på å fatte vedtak om omsorg for sjuke og eldre, samstundes som dei har forventningar frå kommuneleiinga og folk flest at dei skal syte for at brukarane får den hjelpa dei har krav på, og i tillegg skal dei ha ansvaret for at dei held seg innanfor budsjetta. Mellomleiarane her opplever å bruke mykje av tida si til å ta telefonar frå kommunen sine innbyggjarar som ikkje er nøgde med det tilbodet dei får (Vike m.fl. 2002).

I NOU-rapporten (2010:13): *Arbeid for helse* kan vi lese at gjennomføringa av ny stor helsereform (Samhandlingsreforma 2008-2009, st.meld. nr. 47) vil kunne endre arbeidssituasjonen til mange tilsette i helse- og omsorgsektoren. Dette gjeld både krav til auke i kompetanse og fleksibel bruk av arbeidskraft. Den nye kommunerolla vil føre til at ein må styrke fleire grupper av helsepersonell og tilrettelegge for tverrfagleg samarbeid. Dette vil krevje omorganisering, overføring av oppgåver frå spesialisthelsetenesta og behov for meir kompetent personell, samt vurdering av finansieringsordningar. Behovet for auka kompetanseutvikling i kommunane vil verte forsterka via overføringa av oppgåver frå spesialisthelsetenesta. Kommunane vil måtte tilpasse tenestetilbodet til dei demografiske endringane og til innbyggjarane sine forventningar til kvalitet. Dette vil innebere kontinuerlig utvikling og omstilling i tenesta. Då vil systematisk kvalitetsarbeid, reduksjon i sjukefråværet, heilskapleg styring og utvikling stå sentralt (ibid).

Slettebø m.fl.(2010) har gjennomført ein kvalitativ studie basert på spørsmålet om eldre pasientar får same behandling og lik tilgang på lovbestemte rettar til behandling i sjukeheimar som ved sjukehus. Bakgrunnen for deira studie er at det vert stadig fleire eldre i samfunnet og dei har etter norsk lov rett til likeverdig behandling som andre innbyggjarar. Dei finn at informantane (legar og sjukepleiarar) ved sjukeheimane opplever ein del frustrasjon rundt at dei manglar leiarskap. Det viser seg at legar og sjukepleiarar ved sjukeheimane har liten påverknad ved inntak av pasientar til behandling og rehabilitering. Informantane ønskte å ha større påverknad her, men erfarer at det er folk frå økonomi- og administrasjonsavdelinga som får ansvaret for prioriteringane. Informantane fortel vidare om mindre fagfolk, mindre tid og rom til å diskutere faglege og etiske problemstillingar. Dei saknar å få nok informasjon før val skal takast. Dette fører ofte til at legane ved sjukeheimane "stoler" mykje på at sjukepleiarane

veit kven av pasientane som bør få tilsyn og behandling. Det verka som legane delegerer ansvaret til sjukepleiarane for å peike ut kven av pasientane som skal takast opp på legevisitten og kven som skal få legetilsyn. Sjukepleiarane kjenner på eit stort ansvar her (ibid).

Vidare i studien til Slettebø m.fl. (2010) erfarer informantane at stor del av arbeidsstokken er ufaglært arbeidskraft. Dette er ei utfordring ved sjukeheimane, då mangel på fagfolk med kunnskap gjer at det vert endå vanskelegare å "nå" alle pasientane slik at dei får likeverdig og rett behandling til kvar tid. Legane og sjukepleiarane i studien her opplever at dei kunne ha gitt ein del behandling som normalt sett vert utført ved sjukehus, men av mangel på personell med fagkunnskap sende dei pasientane til eit høgare omsorgsnivå. Derimot i større fagmiljø ved sjukehusa har dei fleire og betre refleksjonar ofte i team før val vert teke (ibid).

NOU-rapporten (2010:13) peikar på at helsearbeidarar er generelt i lågare grad med på å bestemme sjølv over eigen arbeidssituasjon enn andre kvinner i arbeidslivet. Det gjeld både leger, sjukepleiarar og hjelpepleiarar, men legar har større moglegheit til å påverke avgjersler som er knytt til utføringa av arbeidet. Ifølgje ei levekårundersøking (2006) i rapporten, er sjukepleiarar og andre omsorgsarbeidarar blant dei yrkesgruppene som seier dei får sjeldan eller aldri tilbakemelding på det arbeidet dei utfører frå overordna (ibid).

Kort til slutt vil eg nemne at det viser seg at dei tilsette i helse- og omsorgstenesta opplever eit enormt kapasitetsproblem, og det er vanskeleg for velferdsstaten og løyse desse problema praktisk. Det er og blir kanskje eit offentleg problem, skriv Vike m.fl. (2002). Tilsette i pleie- og omsorgsektoren vil også i åra framover oppleve at dei får ansvar for å pleie stadig fleire eldre og sjuke, sjølv om ressursane ikkje alltid står i samsvar med krava frå kommuneleiinga og innbyggjarane elles. Det er tilsette som møter brukarane dagleg som må svare for det tilbodet dei får. Dette vil igjen føre til at leiarstillingane i denne tenesta vil få endå større utfordringar i åra som kjem.

2.4 Oppsummering

Gjennom denne teoriskissa har eg forsøkt å presentere ulike tilhøve som påverkar kunnskapsutviklinga i lærande organisasjonar. Høg grad av personleg meistring kan ein oppnå ved å tileigne seg ny kunnskap, ta del i eit lærande miljø som har fokus på vekst og læring i eit miljø prega av *omsorg* mellom organisasjonsmedlemmane. Ulike forfattarar skildrar kunnskapsutvikling som ein prosess der ein i stor grad er avhengig av eit støttande og omsorgsfullt miljø både individuelt og kollegialt. Tilsette i organisasjonar som oppnår personleg meistring og som i tillegg forstår at han/ho har eit ansvar for å dele denne prosessen med andre kan bli ”omsorgsekspertar”.

Individuell læring og refleksjon er viktig for at organisasjonen skal lære, men det er ikkje alltid at det førekjem organisatorisk læring sjølv om individa lærer. I arbeidet med å utvikle ein lærande organisasjon er det blant anna viktig å sette av tid og ”plass” i organisasjonen til refleksjon for å oppnå læring. Med å legge til rette for refleksjon og få til gode relasjonar mellom dei tilsette i ulike organisasjonar kan ein nå eit mål om læring som går utover det kvar enkelt av medlemmane sit inne med av kunnskap, jamfør bruksteoriar og enkelkrets- og dobbelkretslæring. Eg syner til fleire studiar som døme på dette.

Vidare syner eg at læring i gruppe er viktig for kunnskapsutviklinga i helse- og omsorgssektoren. Gruppelære vert viktig for blant anna å løyse dei kunnskapsbepova som sektoren allereie har, og som vil verte forsterka med dei auka krav vi ser frå samfunnet til helse- og omsorgstenestene. Det å kunne lære i team vil føre til at kunnskap som tidlegare var taus og individuell, kan komme fram i arbeidsfellesskapet og ein kan lære av kvarandre. Å legge til rette for læring i gruppe og sette av tid til refleksjon vil sette i gang gode læreprosessar. Medarbeidarskapshjulet kan vere til nytte i slike prosessar gjennom å legge til rette for eit arbeidsmiljø prega av openheit, tillit, fellesskap, samarbeid, engasjerande og meningsfylt arbeid. Samstundes kan tilsette få synt ansvar og handlingsevne. Eit positivt arbeidsmiljø vil gi trua på framtida til organisasjonen og vert ein av fleire viktige faktorar for at læring skal skje der målet er å heve kunnskapsnivået i arbeidsfellesskapet.

Til slutt ser eg på kunnskapsutvikling og leiaren si rolle. Gjennom den valte teori og tidlegare forskning syner kor viktig det er for leiinga å legge til rette for eit miljø der læring kan førekomme. Gjennom omsorgsomgrepet her vert fokuset på å leie kunnskapsutviklinga i rett retning, samt å motivere og sleppe fram tilsette slik at dei får utvikle seg i eit miljø som er prega av tillit, aktiv empati og tilgang på handfast hjelp. Samstundes må arbeidsmiljøet ikkje vere prega av overraskande moment og fordømming i relasjon med kvarandre. Å legge til rette for eit godt læremiljø kan føre til at organisasjonsmedlemmane vågar å vise *mot* i relasjon til kvarandre.

Ulik litteratur i tillegg til tidlegare forskning peikar på mange utfordringar leiarane i helse- og omsorgssektoren står overfor i dag. Det er mange ulike krav frå ulike aktørar i samfunnet og det er ikkje alltid desse krava er lette å foreine i helse- og omsorgssektoren. Til dømes er det her fortalt at avdelingsleiarar kan sitte på det eine sida av bordet og gjere vedtak om hjelp til innbyggjarane (etter lover og føreskrifter) for så i neste omgang få ansvaret for å yte den hjelpa ein har vedteke, og det kan vere utan at budsjetta samsvarar med tilbodet tenesta ønskjer å gi.

Å legge til rette for gode prosessar for kunnskapsutvikling, samt leite etter erfaringar tilsette i pleie- og omsorgstenestene har med å ta vare på og gjere seg nytte av ny kunnskap, vil vere mitt fokus vidare i arbeidet her.

KAP. 3.0 Metodisk tilnærming

Gjennom masteroppgåva mi ønskte eg å utvikle meir kunnskap om lærande organisasjonar og då spesielt om kunnskapsutvikling i helse- og omsorgsektoren. I dette kapittelet vil eg presentere forskingsmetodiske problemstillingar. Eg startar med å syne metodiske val og strategiar i forhold til forskarrolla. Vidare tek eg for meg gjennomføringa av det kvalitative forskingsintervjuet. I siste del tek eg for meg bearbeiding/analyse av data, truverde i forskinga før eg til slutt presenterer nokre etiske vurderingar.

I arbeidet med denne oppgåva prøver eg å tileigne meg ny kunnskap, og eg gjorde mange val undervegs i forskingsprosessen. I innleiinga har eg sagt noko om bakgrunnen for val av problemstilling. Problemformuleringa byggjer på mine egne førestillingar om kva eg studerte, samt erfaringar, teori og tidlegare forskning. Dette var med på å legge føresetnadar for dei vidare vala eg gjorde i studien.

Problemstillinga mi er forma som spørsmål: *”Korleis erfarer vidareutdanna tilsette i pleie- og omsorgsektoren at dei bidreg til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen?”*

Det var naturleg for meg å bruke mi forforståing til emnet då føremålet med oppgåva er å få auka kunnskap, heilskapleg forståing og å gjere ei analytisk skildring av forhold kring erfaringane vidareutdanna sjukepleiarar har til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen. Det er viktig at eg som forskar er klar over at mine tidlegare erfaringar, kunnskap og egne refleksjonar kan påverke resultatet av arbeidet . Sidan eg sjølv er sjukepleiar, ser eg utfordringar og problem ut frå min eigen ståstad, men ønskjer samstundes å få meir overordna innsikt i forskingsspørsmålet mitt slik at eg i framtida kan vere med og drøfte ulike visjonar for pleie- og omsorgsektoren. Eg er ikkje ute etter endelege eller absolutte svar på problemstillinga, og målet er heller ikkje å kunne generalisere, eller å finne årsak/verknad - forhold.

Gjennom masterstudiet har eg fått sett ord på mange ulike refleksjonar eg har hatt gjennom mange år som tilsett både i heimetenesta og i institusjonsbasert omsorg. Studien min har tilført meg ny kunnskap gjennom at eg har fått lært ulike teoriar og korleis dei kan påverke praksis slik at ein kan oppleve ein lærande organisasjon. Nokre av desse teoriane ser eg har vore brukt utan at eg har vore klar over det, mens andre har gitt moglege forklaringar på kvifor praksis vert utøvd slik det vert i organisasjonar.

Mi forforståing til denne studien er gjennom femten år med erfaring innan pleie- og omsorgssektoren som sjukepleiar. I mitt tidlegare arbeid i ulike stillingar og posisjonar i denne tenesta har eg gjort meg erfaring om at det mangla spesialkunnskap i sektoren. Ei anna erfaring eg har er at det var mykje overlate til kvar enkelt tilsett om dei ønskte å vidareutdanne seg eller skaffe seg ny kunnskap i pleie- og omsorgstenesta. Det som opptek meg er om det auka tilbodet av ulike vidareutdanningar i helse- og omsorgssektoren har gjort at tenesta har auka fokus på å nytte denne kunnskapen til beste for pasientane i større grad enn tidlegare. Slik eg opplevde tenesta, var det lita interesse og motivasjon for å framheve ny kunnskap. Erfarte også at tilsette som tok vidareutdanning ikkje fekk tilbod om stillingar som var tilpassa den nye spesialiseringa. Det er desse erfaringane og mi spesielle interessa for denne sektoren eg har med meg inn i masteroppgåva om korleis ny kunnskap som vert skapt vert implementert av dei tilsette i pleie- og omsorgssektoren. Eg vil tru, tross mi forforståing, at mi interesse og fagforståing har gjort at eg fann funn som er relevant for praksis. Om eg vil eller ikkje, så vil min bakgrunn og interesse for feltet ha påverka meg i alle fasar gjennom forskinga. Det var viktig at eg hadde ei systematisk tilnærming til feltet og eg vil prøve å forklare kva for val eg har gjort gjennom prosessen.

3.1 Kvalitativ metode

Med forskning ønskjer ein innan eit eller fleire felt å tileigne seg ny kunnskap. Ein skil mellom to hovudformer for metodisk tilnærming, kvalitative og kvantitative data som gir ulike metodiske tilnærmingar. Viktigaste forskjellen på kvalitativ metode og kvantitativ metode kan forklarast kort slik: Kvalitativ metode byggjer på prosess og meining, analyse av tekst, nærleik til informanten, små utval som kan kallast *case*. Mens kvantitativ metode byggjer i

breidda og antal, analyse av tal, avstand til informantane og store utval. Ein vil trenge både kvalitative og kvantitative data dersom ein skal oppnå ny kunnskap, og ein må vere fleksibel i bruken av ulike tilnærmingar i forskinga (Thagaard 2007:17). Ingen av framgangsmåtane (metodar) er perfekte og eg vil no grunngi mitt val av metode.

Studien min rettar seg mot tilsette med vidareutdanning og deira erfaringar med å komme attende til arbeidsplassen med ny kunnskap. Dette vil kunne sjåast i ein større samanheng om korleis vi gjer oss nytte av ny kunnskap og korleis vi tek vare på den kompetansen som vert tilført ulike arbeidsplassar i helsesektoren, her pleie- og omsorgstenesta. Fokuset var heile tida erfaringane som informantane sjølve har med å gjere bruk av ny kunnskap og med å tilhøyre ein lærande organisasjon, og det vart difor naturleg for meg å bruke ein kvalitativ metode i mi oppgåve.

Metode er eit vidt omgrep og Kvale og Brinkmann (2009) definerer det som ”eit sett reglar som kan brukast på ein mekanisk måte til å verkeleggjere eit gitt mål. Sagt på ein annan måte, ”vegen til eit mål” som ikkje skal innehalde skjønn, kunstnariske eller andre kreative evner. Gilje og Grimen (2007:17) seier at vitkapsfilosofien sine metodar kan enklast forklarast ved at ein ser på nokre typiske vitkapsfilosofiske spørsmål og korleis ein kan finne svar på dei. Vitkapsfilosofi eller vitkapsteori er refleksjon over vitkapleg aktivitet og kunnskap.

Fortolkande teoretiske retningar representerer eit viktig grunnlag for kvalitativ metode. Tolking av teksten kan både knytast til mitt eige teoretiske utgangspunkt, samt gi tendensar i data som gir eit grunnlag for den forståing eg som forskar utviklar i løpet av forskingsprosessen. Thagaard (2006:33) nemner ulike fortolkande teoretiske retningar som symbolsk interaksjonisme, etnometodologi, fenomenologi, hermeneutikk, kritisk teori, postmodernisme, feministisk teori.

Eg har valt hermeneutikk som teoretisk retning i denne oppgåva og vil her forsøke å skildre ein metode der eg prøver å forklare meningsfulle fenomen. Thagaard (2006) skriv at opphavleg var hermeneutikken knytt til fortolkande tekster (til dømes bibelske tekstar), og i ein samfunnsvitkapleg ståstad kan eit hermeneutisk perspektiv knytast til å ”lese” kultur som tekst. Målet her vert å oppnå ei gyldig forståing av mening i teksten. Ein grunnleggande føresetnad for hermeneutisk analyse er kor villig fortolkaren er til å vere klar over si rolle og

kva tyding den har for fortolkingsprosessen. Alle former for forforståing heng saman med konteksten eller situasjonen det skal tolkast innfor. Konteksten er ikkje ei fast, objektiv ramme, men varierer utifrå motakaren sin bakgrunn og situasjon (ibid).

Gilje og Grimen (2007:144) skriv at omgrepet ”meining” vert brukt om dei menneskelege aktivitetane og resultata av menneskelege aktivitetar. Forfattarane seier vidare at hermeneutikken er ei retning innan samfunnsvitskapen der relevansen er grunna i at mykje av datamaterialet i faga inneheld meningsfulle fenomen, til dømes handlingar, munnlege ytringar og tekster. Eit særtrekk ved menneska, motsett av dyr, er at dei tillegg eigne handlingar og andre fenomen meiningar. Menneska gir sjølv sine utgreingar og fortolking av kva dei gjer og av det samfunnet dei lever i. Det er viktig at ein som samfunnsforskar er klar over at ein forhold seg til ei verd som allereie er fortolka av dei sosiale aktørane sjølve. Ein møter aldri verda utan føresetnader, vår forforståing, det vil seie det ein har med av sosial kompetanse, erfaringar og kunnskap i livet (formell og uformell). Ein aktør si forforståing er dessutan reviderbar, det vil seie at den kan endrast i møte med verda og nye erfaringar (ibid).

Med fortolking meiner vi å tolke noko som er klart endå klarare. Ein prøver å fortolke noko ein ikkje forstår, og det er tre vilkår som her bør vere til stades i hermeneutikken i følge Taylor i Gilje og Grimen (2007). For det første må fenomenet som skal studerast kunne gi ”meining” slik som menneskelege aktivitetar og resultata av desse aktivitetane. For det andre må ein kunne skilje mellom mening og uttrykk. Det vil seie at når ein fortolkar ein tekst, vert ein ny tekst laga som har som mål å forklare den opphavlege teksten på ein klarare måte. Det tredje vilkåret er at meininga med studieobjektet må ha ei mening for andre sosiale aktørar. Eg har valt eit tverrsnitt design med eit teoretisk fortolkande casestudie som forskingsopplegg. Tverrsnitt vil seie at eg studerte forskningsspørsmålet på eit gitt tidspunkt med lite tal informantar og beskriv forhold i notid. Eg tok for meg eit bestemt utval av individ i samfunnet, det vil seie tilsette i pleie- og omsorgsektoren som casestudie. Ved ein kvalitativ metode sette eg meg nøye inn i informantane sin situasjon, gjennom samtaleintervju, for å prøve å forstå, søke mening og formålsforklaringar i deira situasjon og handlingar (Ringdal 2007:92).

Metode er ikkje eit mål i seg sjølv, men eit hjelpemiddel eg som forskar nytta for å sette søkelyset på eit fenomen og for å få auka innsikt, nye oppfatningar og kunnskap. Kunnskap og metodebruk er avgjerande for at arbeidet mitt skal ha *bekreftbarheit, reliabilitet og overførbarheit*. Truverd seier noko om forskinga vart utført på ein tillitvekkande måte (påliteleg og nøyaktig). Bekreftbarheit (validitet) seier noko om gyldigheit og relevans, den vil fortelje noko om kvaliteten på tolkinga mi og om den vert støtta av anna forskning. At forskinga er overførbar vil seie at tolkinga som er basert på ei enkel undersøking kan i tillegg bidra i andre samanhengar (ibid). Dette vil eg komme tilbake til seinare i avsnittet 3.5: 51.

3.1.1 Kvalitativt forskingsintervju

Kvale og Brinkmann (2009) skildra det kvalitative forskingsintervjuet som ei form for intervju der ein prøver å innhente skildringar av intervjupersonen si livsverd. Med det meiner ein informantane si verd slik dei møter den i dagleglivet og dei relasjonar dei har til den (ibid).

Forskingsintervjua mine likna ein kvardagssamtale, men har som profesjonelle intervju eit formål, dei er verken opne kvardagssamtalar eller lukka spørjeskjema. Intervju er ein metode som gir eit godt grunnlag for å få innsikt i informantane sine erfaringar, tankar og kjensler, det vil seie dei attfortel hendingar, og informasjonen vert prega av korleis informantane forstår det dei har opplevd. Samtalar er ein gamal måte å innhente systematisk kunnskap på og intervjua har til formål å få fram ein ny kunnskap.

Eg har valt kvalitativ metode av di eg trur eg slik vil få best resultat av primærdata i problemstillinga mi om korleis pleie- og omsorgstenesta tek vare på ny teoretisk kunnskap. Ved at eg har valt ein kvalitativ tilnæringsmetode kunne eg gå meir i djupna i forskingsspørsmålet. Som forskar fann eg informasjon som er mest mogleg relevant for problemstillinga mi (forskingsspørsmålet) og ønskte å utvikle ei teoretisk fortolking av den. Ved å vere fysisk til stede for å observere og få personleg kontakt med informantane kom eg nær forskingsfeltet, samt høve til å nå tilbake til informanten undervegs i forskinga om eg trong ytterlegare oppklaring av resultatet. Kvalitativ metode gjer at eg kunne fokusere på få

einingar som gav ei brei skildring, fleksibilitet og data som vil seie ”mykje om lite”. Det inneber liten grad av formalisering og eg er lite oppteken av å prøve om data let seg måle eller talfeste, det vil seie generelt gyldig. Ved kvalitativ metode kom eg i direkte kontakt med dei som vert studert, og det viktigaste var å oppnå ei forståing av sosiale fenomen. Samtale - intervju vart difor eit godt utgangspunkt for å få fram kunnskap om korleis enkelte personar oppleve og reflekterer over sin eigen situasjon (Thagaard 2006:11).

Eit forskingsintervju er ikkje ein samtale mellom to likeverdige partar, av di eg som forskar definerte og kontrollerte situasjonen. Det vil seie at eg som intervjuar presenterte dei ulike tema for intervjuet og følgde opp med dei spørsmål som eg hadde utforma på førehand etter kvart som eg fekk svar (Kvale og Brinkmann 2009). Eg la opp til at intervjuet skulle fungere som ein samtale, slik at eg ikkje nødvendigvis stilte spørsmåla i same rekkefølge til informantane. Det vart naturleg å ”flekse” med spørsmåla etter kvart som det fall seg naturleg inn i samtalen. Men alle spørsmåla vart stilt til alle informantane.

Intervjuaren er den sentrale reiskapen i intervjuundersøkingar og Kvale og Brinkmann (2009:188) nemner ti punkt som er viktige for den som intervjuar. For det første må forskaren vere *velinformert*, det vil seie å kjenne godt til dei emna som ein tek opp, 2; *Strukturerande* med å presentere formålet med intervjuet for informantane og fortelje om prosedyren for intervjuet og la informantane komme med spørsmål som vedkjem intervjuet. 3; vere *klar* det vil seie å stille klare, enkle, lette og korte spørsmål, og bruke eit tydeleg og forståeleg språk. 4, vere *vennleg* og la informantane få snakke opent og fritt, og la dei få snakke i sitt tale- og tenke tempo. 5; vere *sensitiv* med å lytte aktiv og vidare følgje opp det informantane fortel med oppklaringar og eventuelle spørsmål. 6; at intervjuaren er *open* for nye innfallsvinklar og følgjer desse aktiv opp. 7; at intervjuaren *styrer* intervjuet og har kontroll på at han/ho får den informasjon ein søker etter. 8; å vere *kritisk* til kva som vert sagt og stille eventuelle oppfølgjande spørsmål for å etterprøve validiteten og reliabiliteten i det som informantane fortel. 9; at ein hugsar kva som vert fortalt under intervjuet og kan følgje det opp etter kvart i samtalen og komme med oppklarande spørsmål, samt be informantane å utdjupe ulike emne, og til slutt; *fortolkande* der intervjuaren er i stand til å avklare og utvide sin kunnskap etter utsegn frå informantane med å fortelje igjen og drøfte informasjonen ein har fått.

Det å ha så nærleik til forskingsfeltet som ein får gjennom eit samtaleintervju, kan by på fleire utfordringar, blant anna kan det påverke informantane både fysisk og psykisk. Sjølv intervjusituasjonen i seg sjølv kan skape stress og det er viktig å vere klar over at informantane kan endre si eiga sjølvoppfatning i samband med det å verte intervjuet. Som sjukepleiar måtte eg sjølv vere klar over at eg ikkje skulle identifiserer meg for sterkt med dei eg studerte. Samtidig må ein vere klar over kontrolleffekten, der eg som forskar kan påverke informantane til å endre åtferd nettopp i den kraft av at dei vert studert, difor vart det viktig for meg å skape tillit og ro i intervjusituasjonen.

Det kvalitative intervjuet er ein forskingsmetode der eg fekk privilegert tilgang til ulike menneske si oppleving av livsverda. Derimot kan kvalitativ forskning gi metodiske og etiske utfordringar når ein er så direkte i kontakt med feltet ein undersøker. Desse utfordringane er viktig å vere klar over når ein prøver å forstå/fortolke sosiale fenomen i samfunnet. Det vil seie at eg lærte om sosiale fenomen gjennom å studere sjukepleiarane si eiga forståing til forskingsspørsmålet mitt. Eg prøvde å skildre og forstå den verda som informantane mine representerer, deira erfaringar og opplevingar. Ut ifrå problemstillinga mi valde eg å søkje mykje informasjon om få einingar og landa såleis på eit forskingsopplegg med kvalitativt forskingsintervju som metode.

3.1.2 Utforming av intervjuguide

Ut ifrå mi forforståing og egne erfaringar formulerte eg ein intervjuguide. Intervjuguiden vart formulert slik at eg kunne få best mogleg svar på problemstillinga mi.

Den framgangsmåten eg har brukt her er ei delvis strukturert tilnærming. Dei ulike tema i eit kvalitativt forskingsintervju er fastlagt på førehand (Thagaard 2006:85). Eg hadde fokus på bestemte emne og tilhøyrande spørsmål. Spørsmåla var strukturert i faste tema. Eg hadde delt opp intervjuguiden i tre emne og innleida med at informantane kunne fortelje om utdanning, arbeidserfaring og kva som gjorde at ein starta på ei vidareutdanning, emne nummer to var personleg meistring og det tredje emnet omhandlar den lærande organisasjon, det å lære i lag/teamkjensle (vedlegg nr.4). Under kvart spørsmål hadde eg laga klart ulike tilleggs spørsmål som eg kunne nytte om ikkje informantane forstod kva eg meinte, eller at eg nytta dei slik at

eg kunne få fram meir informasjon om emna. Spørsmåla vart forma på ein slik måte at informantane kunne få høve til å utdjupe og fortelje om sine erfaringar i forhold til dei ulike tema eg hadde sett opp, eit døme er spørsmålet: ”*Kva synes du er den beste måten å lære av kvarandre på i det daglege?*”. Underspørsmåla nytta eg der informantane hadde behov for det, og det varierte frå sjukepleiar til sjukepleiar. Gjennom intervjuet hende det at eg gjentok svara til informantane for å avklare om eg hadde forstått den informasjonen eg fekk.

Eg hadde god nytte av å foreta eit test-intervju med ein tidlegare kollega som også hadde erfaring frå kommunehelsetenesta. Slik fanga eg opp at to av spørsmåla gav nesten same svar, noko som gjorde til at eg valde å slå saman desse spørsmåla til informantane under intervjuet. Det var spørsmål nummer 3 på side ein i guiden (vedlegg nr.4); *Korleis opplever du å få brukt nye erfaringar og teori du har lært når du kjem tilbake på arbeidsplassen din?*” og spørsmål nummer 2 på side to; *I kva grad synes du at du får vist den nye kunnskapen din?*”

Gjennom intervjuprosessen har eg prøvd å vere open og fri i min refleksjon til spørsmåla som eg stilte i forhold til forskningsspørsmålet mitt. Eg var merksam på at mine personlege erfaringar og kjennskap til tenesta kan vinkle spørsmåla mina slik at det påverkar resultatet og eg kan verte blanda av mi forforståing til feltet. Det at eg har lang fartstid i pleie- og omsorgstenesta og god kjennskap til korleis sjukepleiarar jobbar og korleis tenesta er organisert, vil kanskje medføre at eg kunne stille relevante spørsmål som informantane lett kan identifisere seg med.

3.2 Val av informantar

Eg ønskte informasjon frå informantar som har eigenskapar og kvalifikasjonar som er strategiske i forhold til problemstillinga mi (strategisk utval). I forhold til strategisk utval er det ikkje nokon fasit på kor stort utvalet skal vere (Grønmo 2004:89). For å identifisere moglege informantar valde eg eit tilgjengeleg utval, det vil seie at eg valde ut informantar som sikra meg eit utval av personar som var villige til å vere med i undersøkinga. Når det gjeld informantar, vart det gjort ei avgrensing til sjukepleiarar med vidareutdanning som jobbar i pleie- og omsorgstenesta, og fokuset var korleis dei vert møtt på arbeidsplassen med ny kunnskap og korleis dei sjølve er med på å bidra til kunnskapsutvikling. Nøkkelinformant

er ein person som er særleg kunnskapsrik og er reflektert over det tema ein undersøker, og nøkkelinformantar var spesielt viktige for meg i denne masteroppgåva.

Eg valde å kontakte ein relativt stor kommune for sikre meg tilgang på informantar med vidareutdanning. Når det gjeld informantane, ønskte eg å henvende meg til sjukepleiarar med vidareutdanning som hadde minst fem år med erfaring som sjukepleiar. Ut ifrå mitt eige kjennskap til tenesta meinte eg at det var den yrkesgruppa som hadde størst tilgang på vidareutdanningar i pleie- og omsorgssektoren. Eg ser i ettertid at eg kunne gjerne ha intervjuet hjelpepleiarar og/eller omsorgsarbeidarar med vidareutdanning i denne undersøkinga for å få meir breidde.

For å få tilgang til forskingsfeltet sende eg skriftleg førespurnad til rådmannen i kommunen, og fekk positivt svar med det etterhald at eg måtte vente nokre månader. I søknaden informerte eg om problemstillinga mi og korleis eg vil gå fram med å intervju informantane (vedlegg nr.1). Reint praktisk føregjekk utveljinga ved at eg tok kontakt med fagkoordinator i den aktuelle kommunen. Eg fortalte då om mine ønske om å få tilgang på om lag seks informantar som hadde ei vidareutdanning og erfaring som var relevant for arbeidet i helse- og omsorgssektoren. Fordelen med nokre år arbeidserfaring etter grunnutdanninga såg eg ville kunne gi meg reflektert informasjon dei har til arbeidsfellesskapet og faget sitt. Kjønn var ikkje eit av kriteriana, men alle var kvinner. Dette vart ikkje eit stort utval, men Kvale og Brinkmann (2009) seier at tal på intervjupersonar avheng av studien sitt føremål og at ein må intervju så mange personar som er nødvendig for å få svar på problemstillinga.

Fagkoordinator i undersøkingsfeltet plukka ut og tok første kontakten med informantane med det resultat at fem sjukepleiarar ved fire ulike arbeidsplassar gav positivt svar. Det at eg fekk tilgang på informantar frå ulike arbeidsplassar, føler eg sikra meg breidde og sikra meg erfaringar som kunne gi moglege svar på problemstillinga. I tillegg sikra det meir variasjon i erfaringane av di dei jobba i ulike arbeidsmiljø.

Eg sende ut skriftleg informasjon og tok seinare telefonisk kontakt med informantane når eg fekk klarsignal frå rådmannen (vedlegg nr.2) Alle fem sjukepleiarane var framleis positive til å stille til intervju, og det vart raskt avtalt tid og stad for samtale. Alle informantane skreiv under på informert samtykkeerklæring rett før intervjuet starta (vedlegg nr.3).

3.3 Gjennomføring av intervju

Intervjua vart avtala per telefon, og informantane fekk velje tid og stad. Eg forklarte dei at eg var svært fleksibel i møte med dei, slik valde informantane sjølv om dei ville bruke arbeidstida eller fritida til intervjuet. Fire av informantane ønskte å bli intervjuet i eigna møterom utanfor arbeidsplassen og ein sjukepleiar ønskte å ta intervjuet i nærleiken av arbeidsplassen rett etter at arbeidsoppgåvene var gjort unna for dagen. Eg tinga møterom i avstand frå den daglege arbeidsplassen. Møterommet hadde ikkje tilgang på telefon, og eg sette ”ikkje forstyrr” lapp utapå døra. Dette gjorde til at vi fekk ro og tid rundt intervjuet. Kwart intervju var berekna til om lag ein time, og det synt seg var nok tid i forhold til intervjuguiden. Intervjua vart gjennomført på mellom femti til sytti minutt.

Sidan eg er sjukepleiar og hadde tidlegare jobba i pleie- og omsorgssektoren, opplyste eg om mi rolle under intervjuet. Det vil seie eg kunne ikkje uttale meg om ting som vart sagt, ikkje diskutere eller komme med mi meining. Eg presiserte nok ein gong at eg var interessert i alle dei erfaringane dei hadde rundt spørsmåla mine. Det at eg presiserte mi rolle under intervjuet gjorde nok til at eg ikkje fekk spørsmål frå informantane om ”kva synes du?”, eller ”det veit du sikkert frå før ?” undervegs i intervjuet, noko eg hadde forventa ville komme.

Som intervjuar kan ein verte fanga av fenomenet ”biased view-point effect”, (Ringdal 2007:205), det vil seie at eg ikkje tør å stille vanskelege og konfliktskapande spørsmål, eller ignorere dei. Det å stille kritiske spørsmål til informantane kan opplevast som vanskeleg når ein er tett på forskingsfeltet (som eit personleg intervju er). Dette følte eg var ein balansekunst der eg prøvde å balansere dei kritiske spørsmåla etter kvart som det passa naturleg inn i samtalen. Dette for å ikkje misse tilliten hos sjukepleiarane eg intervjuet. Døme på spørsmål som kan oppfattast personleg og kritisk kan vere spørsmål to under personleg meistring der eg spør: *Korleis formidlar du den nye kunnskapen vidare til dine medarbeidarar?(vedlegg nr.4)*. Eg oppfatta alle informantane som svært opne og dei fortalte om mange detaljerte situasjonar/erfaringar i deira arbeid med kunnskapsutviklinga. Eg synes difor at alle samtalanegjekk fint, og eg følte meg etter kvart komfortabel i intervju-situasjonen.

Etter intervjuet, det vil seie når bandopptakaren var slått av, opplevde eg at mange av informantane snakka vidare og kom med ein del utfyllande informasjon. Den refleksjonen styrka data eg allereie hadde fått gjennom samtalen.

I etterkant av intervjuet fekk eg berre positive tilbakemeldingar. Dei fleste informantane uttrykte at det var kjekt at nokon ville høyre korleis dei hadde det på jobb, og eg opplevde at fleire fekk tårer i augekroken. Etter å ha takka informantane etter kvart intervju, sette eg meg ned igjen og skreiv refleksjonsnotat som var gode å ha vidare i analysen.

3.4 Bearbeiding og analyse av data

Utfordringa i å analysere kvalitative data er å finne kva det innsamla materiale har å fortelje. Teksten er som sagt sentral i kvalitativ forskning. Den teksten eg nyttar i min studie er intervjuguiden og det transkriberte data av dei personlege intervjuet eg har teke opp på band, samt all den refleksjon eg har gjort meg gjennom masteroppgåva.

Mi pendling føregjekk slik at eg først tileigna meg teori om emnet eg studerte. Deretter utforma eg spørsmål som vert påverka av dei erfaringane eg sjølv har til pleie- og omsorgstenesta i lag med det teoretiske materialet mitt. Vidare har eg samla inn og transkribert all tekst. Saman med mine observasjonar under samtaleintervjuet av informantane har eg kategorisert dei innsamla data, og eg noterte refleksjonsnotat undervegs. Deretter gjekk eg djupare inn i teorien av emna og fann i tillegg meir forskning som er gjort rundt dei. All teori nytta eg såleis vidare i drøftinga mi saman med den informasjonen eg fekk frå informantane. Eg vil no presentere den vidare analyseprosessen næramare etter å utforma ein intervjuguide.

Eg nytta ein digital stemmeopptakar for å sikre og dokumentere informasjonen som kom fram under intervjuet. Eg noterte lite under intervjuet, men konsentrerte meg om å lytte til informantane, og som sagt stille oppklarande spørsmål. I starten forsøkte eg å notere stikkord etter kvart, men såg, ettersom eg er uerfaren som intervjuar, at eg fekk mest igjen for å ha oversikt over svara og kor i intervjuguiden det passa med nye spørsmål. Som avslutning på kvart intervju opna eg opp for at informantane kunne reflektere eller komme med utfyllande

opplysningar eller nye moment. Mange gjorde seg nytte av dette, men først etter at bandopptakaren var slått av.

For å fange opp meningsinnholdet og sjå likskap i svara, hørde eg gjennom kvart intervju same kveld. Eg gjennomførte alle intervjua innan ei veke, og transkriberte dei i tett rekkefølge deretter. Eg tok i tillegg med dei opplysningane eg noterte meg i etterkant av intervjua. Bandopptaka vart skrivne ordrett av, og utgjer om lag 75 skrivne sider. Etter kvart som eg skreiv, tok eg stikkprøver og lytta til opptaka for å sjå om eg hadde fått med meg det eg skulle. Undervegs i transkripsjonen noterte eg meg ulike refleksjonar eg kunne nytte i drøftinga, og merka av i marginen der eg syntest eg fekk god stadfesting på funn, og relevante sitat til resultatpresentasjonen. Når eg valde ut sitat, vart det viktig for meg å sjekke at eg hadde fått med meg rett avskrift.

I og med at eg hadde hoppa litt fram og tilbake med spørsmåla mine i intervjuguiden, måtte eg finne eit system for å sortere det innsamla materialet. Det gjorde at eg valde eit kodesystem med ulike fargar for kvar informant under kvart spørsmål. Det var litt arbeid med å finne svara på dei ulike tema i transkripsjonen og eg måtte gå gjennom intervjua fleire gonger. Dette arbeidet gjekk etter kvart fint då eg nytta guiden slik at eg fann igjen spørsmål og svar til dei ulike tema, og dette var med på at eg fekk oversikt over informasjonen vidare i arbeidet med analysen.

Etterpå sorterte eg dei ulike fargane (svara) og dei ulike tema med underspørsmål under kvarandre, og tok deretter for meg eitt og eitt spørsmål og prøvde slik å få hovudinstrykka frå kvart intervju under desse spørsmåla. Etter kvart som eg gjekk gjennom svara på kvart tema, vart dei samanfallande funna meir synlege. Slik heldt eg fram med å jobbe med materialet og etter kvart kom det fram funn som peika i same retning hos dei ulike informantane. Undervegs i presentasjonen plukka eg ut sitat som eg meiner peikar på viktige sider ved funna. Slik eg ser det, var intervjuguiden bra strukturert i utgangspunktet slik at eg ikkje trong å legge ned så mykje arbeid i kva koding eg skulle nytte.

Undervegs i analyseprosessen brukte eg tida til å søkje etter meir litteratur og lese meg opp på emna personleg meistring og lærande organisasjonar. Eg brukte mykje tid på å søkje etter tidlegare forskning innan feltet og fann ein del nyare studiar som eg likte å fordjupe meg i. I

denne tida fekk eg verkeleg føling med å studere forskingsspørsmålet mitt frå ulike sider og på ulike nivå. Eg hadde i utgangspunkt delt opp funna i fire hovudgrupper, men enda på to; ”Personleg motivasjon/drivkraft” og ”å dele kunnskap” med tilhøyrande underpunkt. Eg såg etter kvart at eg fekk fram ulike synsvinklar og moglege løysingar på forskingsspørsmålet der erfaringane som vidareutdanna sjukepleiarar har til kunnskapsutvikling i pleie- og omsorgstenesta kjem fram.

Som forskar har eg gjennom arbeidet med oppgåva pendla mellom ulike nivå i fortolkinga, gjennom erfaringsnære omgrep og erfaringsfjerne omgrep. Erfaringsnære omgrep er omgrep som dei som vert forska på bruker om sine eigne handlingar. Erfaringsfjerne omgrep vert knytt til samfunnsvitskapleg teori, og dei som forskar i samfunnsvitskapen er fanga i dette samspelet mellom erfaringsnære og erfaringsfjerne, det vil seie mellom dei sosiale aktørane sine omgrep og forskarane sine teoretiske omgrep (Thagaard 2006:39). Erfaringsnære omgrep er til dømes det ein informant bruker naturleg for å fortelje kva han/ho eller medmenneska ser, høyrer, føler, tenker eller førestiller seg. Informantane forstår utan vidare omgrepa når andre bruker dei. Det vil seie at omgrepa som menneska bruker i sine skildringar og fortolkingar av seg sjølv og andre, er erfaringsnære omgrep. Døme på slike omgrep i mi oppgåve er til dømes å lære i lag og å dele kunnskap. På den andre sida har vi erfaringsfjerne omgrep som vert brukt av spesialistar (t.d. psyko-analytikarar, antropologar, forskarar) for å skildre og forklare den verda dei er spesielt interessert i. Dei skal freiste å skildre dei erfaringsnære omgrepa. Ved erfaringsfjerne omgrep kan det ”å lære i lag” og ”å dele kunnskap” verte omtala i dei teoretiske omgrepa ein nyttar om emna.

Heile min analyseprosess vert naturleg prega av mi forforståing til fagfeltet, og eg har forsøkt å vere kritisk til min refleksjon av data. Eg har difor gjort eit klart skilje mellom kva som er resultata av feltforskinga mi gjennom kapittelet resultatpresentasjon, og kva som er mine vurderingar seinare i drøftinga av funna. I min bruk av bandopptakar kunne eg skilje meir på kva som er informantane sine observasjonar og utsegn og kva som er mine vurderingar. Truverde kan altså både knytast til kvaliteten av den informasjon prosjektet mitt baserer seg på, og til dei vurderingane av korleis eg som forskar nyttar min informasjon frå feltet. Det at forskinga er empirisk vil seie eg byggjer på erfaringane til informantane. Eg har bygd kunnskap og innsikt på grunnlag av observasjonar i verkelegheita. Ringdal (2007:38) skriv at ein kan ikkje forske seg fram til kva som er rett og gale. I verdspørsmål stiller ein som forskar på lik linje med alle andre i samfunnet.

For å sikre anonymitet på oppgåva nyttar eg bokstavane A, B, C, D og E på dei ulike informantane eg intervjuar i resultatpresentasjonen. Eg brukte desse bokstavane allereie i transkripsjonen av intervjuet for å sikre at ikkje noko av materialet kunne sporast tilbake til informantane. Eg sletta bandopptaka etter at eg hadde skrive resultatpresentasjonen som eg presenterer i kapittel 4.

3.5 Bekreftbarheit, reliabilitet og overførbarheit

I kvalitativ metode vert det å samle inn data snakka om at eg som forskar er med på å skape data i kraft av mi forforståing og den forståinga eg har av samfunnet. Mi omgrepsforståing og samarbeidet med informantane var viktig for dei inntrykka eg fekk, som seinare vart til data. Omgrepa bekræftbarheit, reliabilitet og overførbarheit vert nytta til vurdere kvaliteten på data. Thagaard (2006) skriv at truverde seier noko om forskinga vert utført på ein tillitvekkande måte. Ringdal (2007) seier at det er viktig å innsjå at forskaren ikkje kan skrive ned alt ho/han ser og høyrer, og dermed vert det eit utval av moglege observasjonar. I nokre tilfelle går forskaren breitt ut i starten for å vere open for det nye, og innskrenkinga av utvalet vil skje i ettertid. I andre tilfelle oppdagar forskaren kva han/ ho vil skrive undervegs og forskingsspørsmålet vert seinare innsnevra og datainnsamlinga kan verte meir målretta. I teoristyrte prosjekt er datainnsamlinga mest målretta og minst open, der forskaren på førehand har bestemt seg for kva som skal studerast (ibid).

I kvalitative studiar kan ikkje truverde sjåast i samanheng med dei faste kriteria grunna prinsippet om subjektivitet. Ein logikk der forskaren oppfattast som uavhengig i forhold til informantane, vert ikkje haldbar i studiar der menneske er i relasjon til kvarandre. Her vert det viktig at ein forklarar korleis data vert utvikla i heile forskingsprosessen (Thagaard 2006).

3.5.1 Bekreftbarheit (validitet)

Bekreftbarheit vil seie at ein faktisk har målt det ein vil måle. I kvalitativ forskning kan bekreftbarheit vurderast på to måtar, av forskaren eller informantane sjølve (Ringdal 2007:221).

Bekreftbarheit vil seie noko om kvaliteten på tolkinga og om forståinga av prosjektet vert støtta av annan forskning. Thagaard (2009: 171) skriv at utgangspunktet for tolkinga er den forståing forskaren utviklar med korleis informantane forstår livssituasjonen og seg sjølv på. Eg som forskar må vere bevisst på at eg kan tolke data ut ifrå min faglege ståstad og det kan gi ei anna forståing enn informantane har. Som forskar kan ein til dømes prøve å gjengi forståinga han/ho trur informantane forsøker å formidle, eller ein kan argumentere for alternativ tolking som tek utgangspunkt i dei motsetningar informantane beskriv. Bekreftbarheita er høg om undersøkingsopplegget og innsamla data er relevante i høve til forskingsspørsmålet.

Gjennom datainnsamlinga har eg prøvd å forstå intervjuja gjennom mi forforståing og kjennskap til feltet. Eg har bra kjennskap til feltet både med fagkunnskap og mange år med arbeidserfaring. Dette gjorde at eg kunne utarbeide intervjuguiden med fagleg forståing, og dermed få relevante spørsmål. I kvalitative studiar kan forskaren si rolle gjere at datainnsamlinga kan verte justert eller revidert dersom det er nødvendig for å styrke validiteten. Men fagleg kjennskap til feltet ein undersøkjer er ikkje nokon garanti for at validiteten vert høg. For min del kunne eg ønskje meg meir erfaring for denne type arbeid med å gjennomføre samtaleintervju som kunne kompensert for min manglande kompetanse som intervjuar. Elles kunne det ha vore ønskeleg med ei tilbakemelding frå informantane på det transkriberte materialet.

For å sikre at data er godt i forhold til problemstillinga mi har eg vore i dialog og diskutert med tidlegare kollegar om dei innsamla data har relevans for forskingsspørsmålet. Det å ha diskutert og reflektert med kollegaer som har erfaring frå pleie- og omsorgstenesta, føler eg har vore nyttig under heile prosessen med oppgåva.

Det var ikkje tilfeldige spørsmål eg nytta under intervjuet for å få fram erfaringane informantane hadde til å nytte sin nye kunnskap på arbeidsplassen. Oppdeling i emne gjorde at eg fekk ei strukturert og god oversikt over spørsmåla eg ønskte å studere, og eg merka eg fekk god kontakt med informantane gjennom at vi snakka same språk. Eg meiner at eg kan gjennom studien min gi nokre forslag på handlingsomgrep der eg prøver å sette søkjelys på kva som skal til for å få motiverande medarbeidarar og korleis ein skal få til ein lærande organisasjon. Her vil kunnskap verte ei viktig brikke for å få til utvikling i takt med samfunnet elles. Samstundes fekk eg svar som kan samanliknast med andre liknande studiar og eg vonar dette kan gi nyttige innspel til både tilsette med fagkunnskap og leiarar.

Eg ser i ettertid at eg kunne brukt samhandlingsreforma (2008-2009) som eit bakgrunnstema for intervjuguiden for å få fram korleis ny kunnskap vert implementert i helse- og omsorgssektoren, men valde ikkje å spørje spesifikt om den då eg ikkje var sikker på kor mykje informantane kjende til denne reforma (st.meld. nr 47).

Fokusgruppe intervju kunne ha vore eit alternativ i staden for personlege intervju, men eg var usikker på om eg ville få all den informasjon eg ønskte då gruppemedlemmane vert påverka innbyrdes av kvarandre. Eg kunne risikere at viktig og sensitiv informasjon kunne verte halde tilbake slik at eg ikkje fekk fram alle nyansane. Elles er eit slikt gruppeintervju krevjande for meg som har liten erfaring med slikt arbeid, men i etterkant ser eg at eg kunne kanskje ha validert med fokusgruppe på to og tre informantar med samanfallande arbeidsoppgåver.

3.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet går generelt på tilfeldige målefeil, og i kvalitativ forskning vert det som regel forskaren sine refleksjonar over korleis innsamling av data har føregått og moglege feilkjelder. Eg har prøvd i denne studien å sette dei empiriske resultatane inn i ein samanheng av meiningar. Det at eg sjølv er utdanna sjukepleiarar og har lang arbeidserfaring i denne tenesta, også som leiar, kan vere ei feilkjelde og fare for at eg kan ha tolka data ut ifrå mi forforståing og relasjon til egne erfaringar. Det vil seie at eg ikkje skil på egne erfaringar opp mot informantane sine og vert mindre open for nyansar i forskinga. Men samstundes trur eg den nære kjennskap eg har til miljøet informantane arbeider i, samt kjenner prosedyrar og faget

godt, kan gjere at eg har fått nære og fyldige data. Gjennom å vekke tillit og ro under intervjuet følte eg at eg fekk fram gode refleksjonar og erfaringar i høve problemstillinga mi.

Det at eg gjekk gjennom eit testintervju gjorde og at eg fekk nyttig erfaring og øving i korleis eg skulle opptre i intervjusituasjonen.

Eg gjennomførte alle intervjuane innan ei periode på ei veke og informantane bestemte tidspunkt for intervjuet (alle utanom arbeidstid). Data vart slik samla inn innan ein relativt kort periode og eg nytta det same opplegget for alle intervjuane for informantane. Slik fekk eg data som kunne identifiserast med kvarandre. At eg er ny for rolla som forskar og med å foreta slike personlege intervju må takast i betraktning. Døme på det kan vere at forskarar kan stille leiande spørsmål. Eg var mange gonger freista av å kunne stille fleire spørsmål enn eg hadde planlagt. Men var svært bevisst på å halde meg til guiden og ikkje komme med nye spørsmål utover det eg hadde planlagt som kunne påverke vidare informasjon og det å kunne samanlikne data. At eg gjorde klart for informantane mi rolle før intervjuet meiner eg gjorde at informantane snakka lenge og gav utfyllande svar på mange spørsmål. Det vil seie at eg forklarte at eg ikkje kunne komme med mine meiningar og synspunkt, og at dei måtte tenke på at det var lenge sidan eg hadde erfaring frå pleie- og omsorgssektoren.

Det transkriberte datamaterialet var nedskrive rett av i munnleg tale. Informantane kunne ha fått det nedskrivne datamaterialet tilbake for kommentarar, noko eg valde å ikkje gjere. Alle informantane var positive til at eg kunne kontakte dei via e-post eller ringe dei i etterkant om det var noko eg følte eg måtte ha meir informasjon om. Det følte eg ikkje behov for. Eg transkriberte alle intervjuane like i etterkant slik at eg hadde stoffet "ferskt" i minne.

3.5.3 Overførbarheit

Eg er klar over at slikt casestudie eg har gjennomført her ikkje kan generaliserast, men vil tru at mine data kan gi grunnlag for at andre vil kunne byggje vidare på dette materialet.

Thagaard (2006:170) skriv at overførbarheit kan verte knytt opp mot om tolkinga vekker gjenklang hos lesarane som har kjennskap til dei fenomena som er vorte studert. Slik argumentasjon for overførbarheit kan vere særleg relevant i tilknytning til case- studiar, der moglegheiter for overførbarheit kan vere innebygt i forskingsprosjektet (ibid).

Andersen (2008:85) skriv i sin omtale av casestudiar design at det ofte vert lagt for stor vekt på utvalcriteria innan ei bestemt undersøking, og dermed for lite vekt på etablert praksis i teoretiske orienterte casestudiar der einingane vert valde ut på bakgrunn av kunnskap om parallelle undersøkingar. Her vert spørsmålet kva ein får ut av ein casestudie, det må sjåast i samanheng med meir omfattande kunnskap der observasjon ikkje står åleine, men hentar støtte frå andre.

For å tolke og systematisere data er det viktig å ta omsyn til om mine data er pålitelege, at argumenta held i empiriske samanhengar. Det vil seie om observasjonane mine er rette, med føresetnad om at handlinga, utsegna og intervjuet som eg har gjort faktisk har funne stad. Vidare har eg gjort avgrensingar i forhold til problemstillinga mi, og slik kan ein sjå i kva grad det innsamla datamateriale er representativt. I samanfatninga og konklusjonen spør eg til slutt om det er mogleg å trekke pålitelege slutningar frå observasjonane til ikkje-observerte forhold.

3.6 Ethiske vurderingar

Ethiske retningslinjer er viktige i kvalitativ forskning. Det vil seie at ein beskyttar personar som deltek i forskingsprosjekt mot fysisk og psykisk skade, og for å trygge privatliv og familie, og innhente informert samtykke. Ringdal (2007:426) peikar på sju krav som skal beskytte personar i forskning. For det første at ein må unngå å skade informantane og gi dei alvorlege belastningar. Vidare set det krav om informasjon, krav om informert samtykke, søkje datatilsynet (Norsk Samfunnsvitenskapleg Datateneste) (vedlegg nr.5), ta omsyn til tredjepart

(i min studie leinga og medarbeidarar i kommunen), og vise respekt for privatlivet ved å vurdere om sensitiv informasjon skal verte tilgjengeleg for andre. Det er viktig å behandle informantane anonymt. Innsyn og gjenbruk er ikkje tillate utan samtykke. Det er og viktig å vere klar over, også for informantane, ulike konsekvensar ved å delta i forskingsprosjekt og difor skal ein som forskar behandle dei med respekt og beskytte integriteten deira slik at det ikkje får negative konsekvensar for informantane i ettertid. Det var viktig for meg i arbeidet med denne oppgåva å presisere overfor informantane i forkant av intervjuet at eg ville behandle alle opplysningane konfidensielt.

Rett før intervjuet starta, poengterte eg nok ein gong at alle opplysningar, inkludert MP3-spelaren, vart oppbevart i låsbart skap, og at eg ikkje skulle skrive namn eller noko anna som kunne spore notata eg gjorde av intervjuet i etterkant. Å sikre anonymiteten brukte eg mykje tid på i resultatpresentasjonen. Følte det gjorde godt med ei gjentaking av at eg ville behandle informasjonen skikkeleg før intervjuet starta, det gjorde kanskje at informantane ikkje tenkte så mykje på det undervegs i samtalen. Alle opptak eg gjorde på MP3-spelaren vart sletta etter at eg var ferdig med resultatpresentasjonen.

Ei av erfaringane eg gjorde meg var at enkelte spørsmål var vanskelegare å svare på enn andre. Informantane stoppa opp og tenkte seg godt om ved eit par spørsmål, og nokre av informantane gav kortare svar enn elles i samtalen. Slik eg tolkar eventuell utryggleik hos informantane, kan komme frå om erfaringane dei delte med meg, som eventuelt kjem på trykk, kunne sporast tilbake til arbeidsplassen av di dei hadde spesialkompetanse på kunnskap som få andre på arbeidsplassen har. Dette kjente eg på og har difor jobba mykje med datamaterialet mitt slik at det ikkje kan "lesast mellom linjene" kven som jobba kvar og at det ikkje skal vere mogleg å spore materialet. Eg følte og eg måtte beskytte leiarane og medarbeidarane for ein del informasjon som eventuelt kunne sporast, då dei ikkje deltok og fekk svare for seg i denne studien. Det vil seie eg måtte vere forsiktig med korleis eg formulerte meg under presentasjon av data. Men samstundes skriv Kvale og Brinkmann (2009) at samfunnsforskning bør tene både vitskaplege og menneskelege interesser og intervjuundersøkinga bør ha til hensikt å betre den menneskelege situasjonen, ikkje berre rette søkjelyset mot den vitskaplege verdien, som vert utforska.

KAP. 4.0 Resultatpresentasjon av funn.

I dette kapitlet vil eg presentere funn eg gjorde gjennom datainnsamlinga ved å gjennomføre personlege intervju med tilsette i pleie- og omsorgstenesta som har tileigna seg ny kunnskap. Dette kapitlet har eg delt opp i to tema, med undertema, som er empirinære. Først ser eg på personleg motivasjon og drivkraft og vidare på korleis informantane deler kunnskap med vekt på kunnskapsutvikling i ein lærande organisasjon.

4.1 Personleg motivasjon og drivkraft

Funna i denne studien omhandlar kva som gir sjukepleiarar i pleie- og omsorgssektoren motivasjon og drivkrafta til å ta ei vidareutdanning . Sjukepleiarane som eg intervjuar fortel om motivasjon både før og etter at dei hadde fått ny kunnskap. Informantane kjenner seg tryggare og får personleg vekst som kan vere med på å heve kunnskapsnivået i arbeidsfellesskapet. Det synte seg at den største motivasjonen og drivkrafta til auka kunnskap er å kunne tilby pasientane så god behandling og omsorg som råd er.

4.1.1 ”Å vere motivert for vidareutdanning”

Alle sjukepleiarane føler at dei treng meir kunnskap og kompetanse om ulike og nye behandlingsmetodar til pasientane. Det fører til at dei får personleg motivasjon til å starte på ei vidareutdanning. Sjukepleiarane har eit behov for å lære meir både for heve sitt eige kunnskapsnivå, men og for å heve arbeidsplassen sitt kunnskapsnivå.

Informantane ser at arbeidsplassen manglar kunnskap på mange område, dei opplever og at kunnskapen er mangelfull hos medarbeidarane, til dømes pleiepersonell, leiar og lege, og får slik motivasjon til å søkje ny kunnskap. Informant A fortel:

”Eg følte behov for meir kunnskap spesielt til terminalpasientar og deira pårørande, og det gir meg trygghet når eg skal samhandle med dei, spesielt unge kreftpasientar (...). Eg føler meg trygg i den rolla no, men også i andre situasjonar.”

Eg vil nemne at få av informantane hadde fått oppmoding av verken leiar eller medarbeidarane sine til å ta fatt på ei vidareutdanning. Til tross for lita interesse på å få til auka kompetanse ved arbeidsplassane, syntet seg at sjukepleiarane sjølv tek initiativ til å utvikle seg slik at dei vert trygge på nye arbeidsoppgåver. Informant A uttaler:

”Det er både og, vert frustrert av og til, vil så gjerne bruke alt du kan, men ofte kan det kanskje vere enklare å ikkje vite (...). Ingen på arbeidsplassen min motiverer meg til å ta ei vidareutdanning eller søkje ny kunnskap gjennom for eksempel hospitering, kurs eller liknande, heller ikkje leiinga. Føler at det er eg sjølv om må ta initiativet til all vidareutdanning.”

Alle informantane fortel at det å yte ein god jobb i det daglege er ei drivkraft i seg sjølv. Samstundes som dei formidlar kunnskap til kollegane, får dei ei oppleving av å vere tryggare i jobben og det opplever sjukepleiarane gir det resultatet at dei får tryggare pasientar. Informant B seier det slik:

”Du må kunne vite at pasienten skal føle seg trygg, du kan ikkje gisse og føle deg fram. Pasienten kan bli frykteleg redd. Det er motivasjonen.”

Informant B og D får motivasjon til å lære nye ting gjennom personleg interesse for ulike fagfelt på sin arbeidsplass. Det var denne interessa som avgjorde val av vidareutdanning. Begge sjukepleiarane orienterte seg om kva for eit tilbod som var tilgjengeleg i nærmiljøet og snakka deretter med studentar som allereie gjekk på studiet, og fekk såleis inspirasjon til å starte på ei spesialisering. Sjukepleiar E har eit driv om å søkje nye utfordringar og seier:

”Søkje ny kunnskap var viktig for meg, ville ha fleire bein å stå på (...)hadde håpt at vi kan jobbe meir tverrfagleg (...), og eg måtte ha meir utfordringar.”

Informant E fekk motivasjon til å starte på ei vidareutdanning etter å teke kontakt med fagutviklingssjukepleiar, som kunne gi informasjon om kva for spesialkunnskap kommunen mangla og ville trenge framover. Sjukepleiaren følte at samtalen med fagkoordinatoren gjorde at ho fekk gode argument overfor leiaren, og slik fekk støtte til å starte på ei vidareutdanning.

Informant B fortel at når ho deltok på vidareutdanninga, kjende ho igjen det ho jobbar med på grasrota til dagen, og det er viktig at ho kan nyttiggjere seg av den nye kunnskapen.

Ho seier:

«(..) Mykje å gripe fatt i, nesten for mykje.»

To av sjukepleiarane (A og D) erfarer å få motivasjon frå medstudentar og andre sjukepleiarar som oppmodar dei om å fortsette å byggje på vidareutdanninga si. Dette opplever informantane som eit « puff » til å fortsette. Informant A bruker ein del tid på internett heime i etterkant av studiet til å oppdatere seg vidare, for å søkje ny kunnskap, og er framleis motivert for det.

Sjukepleiarane synest vidareutdanningane er relevante og gode, og alle føler behov for auka kunnskap etter kvart som dei får meir erfaring i praksis. Det kjem fram at fleire av informantane synest det er viktig med all den tilbakemeldinga dei får frå pårørande og pasientar som er glade for all den kompetansen dei syner dei. Samtidig gir vidareutdanninga dei større perspektiv på fleire måtar i arbeidet sitt. Sjukepleiarane fortel at dei ser ting på ulike måtar, er flinkare til å reflektere og vert meir audmjuke med åra. Det er viktig for dei å få konkret kunnskap som er med på at dei ser nye måtar å løyse ting på og dei får såleis motivasjon til å kunne vere med på å endre praksis og rutinar på arbeidsplassen.

4.1.2 ”Å gi betre pleie og behandling til pasienten”

Det verka som alle sjukepleiarane opplever at det er viktig å ha kunnskap og erfaring slik at ein taklar kompliserte og vanskelege situasjonar som kan oppstå når ein skal jobbe med sjuke og eldre. Samstundes gjer ny lærdom og kunnskap til at ein vert trygg på ting og kan forklare til andre. Drivkrafta til informantane her vert å kvalitetssikre pleie og behandling for å sikre at pasientar og pårørande har det best mogleg i forhold til situasjonen. Informanten B fortel at det er viktig med auka kunnskap for så å komme tilbake til arbeidsplassen og sette ord på det du kan:

”Når du ser det vert gjort feil behandling på grunn av manglande kompetanse, må ein prøve å forklare og rettleie (...), det viktigaste er å ha pasienten i fokus.”

Informant A og E fortel at det er viktig for dei å få konkret kunnskap om kva haldningar tilsette i pleie- og omsorgstenesta kan og bør ha til pasientar og pårørande gjennom vidareutdanninga. Sjukepleiarane her fortel om motivasjon til å ha søkjelys på korleis dei bør ”framstå” som profesjonelle pleiarar til pasientane sine ulike fasar i livet, og å ha fokus på kva som er viktig for livskvaliteten til både pasientar og pårørande. Informant A fortel:

”Vi skulle ha satsa meir på korleis haldningar vi har og korleis vi behandlar pasientane og korleis vi samarbeider med dei ”(...)”Spesielt dette med at vi gir håp og lysning i kvardagen til pasientane er viktig.”

Informant E erfarer at det er ikkje så mykje som skal til før pasientane har det betre, det å auke livskvaliteten deira. Ho har sjølv endra haldningar etter å fått auka kunnskap gjennom vidareutdanninga si og prøver å syne dei i møte med kollegane. Sjukepleiaren fortel:

”Får ikkje vist kunnskapen min, men prøver å vise haldningane mine. Prøver å påverke. Men det er vanskeleg, vi går i ein tralt, vi har alltid gjort det slik, føler på den.”

Alle sjukepleiarane erfarer at pasientane blir sjukare og har ofte meir komplekst

sjukdomsbilete enn berre for nokre få år sidan. Det gjer til at dei får ei ekstra drivkraft til ikkje berre å auke sin eigen kunnskap, men også drive kunnskapsutvikling overfor sine medarbeidarar. Interesse for omsorg og behandling for pasientane, og deira pårørande, er ei sterk drivkraft hos informantane. Informant D seier det slik:

”Det gjer jobben min lettare når eg klarer å bruke det eg har lært, det driv meg.”

4.2 Dele kunnskap

Det er her interessant å høyre korleis informantane deler den nye kunnskapen dei har tilegna seg etter mange år med arbeidserfaring og ei vidareutdanning. Det å vere åleine med spesialkunnskap og skulle formidle denne til andre, syner seg å vere utfordrande. Alle informantane har eit ønske om å kunne lære i lag og få til eit betre samarbeid i det daglege arbeidet med pasientar og pårørande. Det som opptek sjukepleiarane mest, er at det manglar tid til diskusjon og refleksjon, samt manglande system og struktur på dokumentasjon og korleis ny kunnskap skal nyttast på arbeidsplassen.

4.2.1 ”Å vere åleine med kunnskapen”

Sjukepleiarane erfarer at det er dei sjølve som må ta ansvar for å formidle erfaringar og ny kunnskap dei har tileigna seg. Det er få på arbeidsplassen som spør etter den nye kunnskapen dei har tileigna seg. Dei fleste sjukepleiarane her opplever fagmiljøet som lite og at det er dei sjølv som må ta initiativ til at det skal førekomme kunnskapsutvikling. Informant E fortel:

”Kjedeleg å ikkje kunne dele kunnskap med andre. Det er ikkje kjekt når du ikkje kan omsette det i handling, eller det å sitte inne med kunnskapen åleine.”

Alle informantane meiner det hadde vore betre om fleire på same arbeidsplass hadde hatt

same type vidareutdanning, dei føler seg mykje åleine med å formidle ny kunnskap. Dei fleste sjukepleiarane er åleine med si type spesialisering på arbeidsplassen. Det er med på å gjere at dei kjenner på eit stort ansvar om å ta dei ”rette” avgjerdene både når det gjeld pasientar og pårørande, men også med å leie og ta dei rette prioriteringane på dei ulike vaktene. Sjukepleiarane meiner dei ville få eit betre fagmiljø og få meir gjennomslag for enkelte ting, om dei arbeider fleire i lag med same kunnskapsbakgrunn.

Informant D oppfattar det slik at dei av medarbeidarane som har same utdanning og arbeider tett saman får ei kunnskapsutvikling gjennom samarbeidet. Sjukepleiaren erfarer likevel at det meste av kunnskapsutviklinga skjer gjennom at kollegaer, pårørande og lege spør etter den spesialkunnskapen som ho har tileigna seg. Denne kunnskapsutvekslinga føregår oftast ved ”pasientsenga”, og på den måten vert arbeidet interessant med det resultat at pasientane kan få det betre med at fleire får kunnskap. Samstundes opplever informanten at det skjer ei utvikling ikkje berre hos seg sjølv, men også hos medarbeidarane. Informant C tek tak i utfordringane med å dele kunnskap gjennom å stille spørsmål til medarbeidarane om kvifor dei yter akkurat den pleie og omsorga dei gjer til pasientane og deira pårørande.

Informant C fortel vidare at det er mange dyktige kollegaer som arbeider ved hennar arbeidsplass, og at dei deler kunnskap med kvarandre. Det er fleire som har kompetanse på ulike fagfelt og at dei bruker kvarandre. Sjukepleiar C fortel vidare at alle i organisasjonen må ha same fokus om ein skal oppnå resultat, og seier :

”Alle ledd på arbeidsplassen må ha rett fokus, det nyttar ikkje at berre vi undersåttar skal ha fokus, alle nivå i organisasjonen må ha same fokus skal vi få til noko.”

To av sjukepleiarane (A og D) fortel at det ikkje alltid er like lett å komme med ny kunnskap. Redselen for at kollegane skal tru at dei føler seg ”betre enn dei”, er til stades. Informantane fortel og om vanskar med å dele kunnskap når dei som sjukepleiarar går mykje åleine på vakt, tek seg av handtering av medikament, sårskift og andre medisinsk tekniske oppgåver i tillegg til pleie. Informantane fortel likevel her i intervjuet at dei burde vere endå flinkare med å informere og dele ny kunnskap etter kvart som dei utøver pleie og omsorg overfor pasientar. Informant A fortel:

”Tør ikkje å komme med så mykje kunnskap er redd for at dei andre skal tru at eg liksom er betre enn dei, skulle ønskje det var fleire her på jobb som hadde same vidareutdanning, då hadde eg følt meg tryggare og vi hadde fått eit betre fagleg miljø og kunne fått meir gjennomslag for enkelte ting.”

Informant E opplever at det er vanskeleg å hevde seg i lag med andre profesjonar, men erfarer at den kunnskapen ho legg fram vert oppfatta positivt til ein viss grad. Informant B seier ho prøver å vere ein pådrivar med å diskutere fag når det ligg til rette for det på jobb. Ho opplever sjølv at ho er flink til å ”mase” om ting, vil at det skal skje ting, og dette meiner informanten bidreg til å auke den samla kunnskapen på arbeidsplassen.

Informant B fortel vidare at mange av kollegane seier ikkje så mykje i etterkant av faglege refleksjonar, men sjukepleiaren trur likevel det vert opplevd positivt blant kollegane at ho forsøker å gi nye faglege innspel og nyttig informasjon. Sjukepleiaren seier vidare at ho prøver å syne ein del kunnskap gjennom den daglege rapporten, og fortel:

”Eg vert ikkje nedrent av spørsmål akkurat. Kollegane spør av og til på personalmøte, men det er ikkje ofte.” Informanten fortel vidare:” Prøver å vere litt informativ og masar ein del, stressar med å gi informasjon til kollegane, men eg får ikkje så mykje reaksjonar på det.”

4.2.2 ”Å lære i lag”

Dei fleste informantane trur medarbeidarane er positive til at dei prøver å styre kunnskapsutviklinga på arbeidsplassen, men dei erfarer at det er vanskeleg å få gjennomført ulike tiltak i praksis hos pasientane. Sjukepleiarane fortel at kunnskapsutvekslinga fungerer best ved ”pasientsenga”, men er likevel ikkje alltid nøgd med den oppfølginga pasientar og pårørande får i etterkant. Informant A fortel :

”Eg ser jo at dei som jobbar saman med meg snappar opp enkelte ting, og ser at noko av dette vert ført vidare i deira behandling av pasienten.”

Det kom fram i intervjuet at alle sjukepleiarane har eit ønske om å få jobbe meir i lag i team. Det er viktig med lagarbeid og ”dra lasset” i lag. Det verka som dei fleste informantane oppleve ei slags form for teamarbeid når dei får nye pasientar. Då vert det diskusjon rundt kva behov pasienten har og dei fleste som jobbar på vakta kjem med sine synspunkt og erfaringar. Sjukepleiarane erfarer at det er det nærmaste dei opplever av lagarbeid i praksis. Informant E fortel:

”Stort sett går samarbeidet greitt i det daglege, og eg er flink til å samarbeide, men med tverrfagleg samarbeid eller ikkje, gjer vi stort sett dei same oppgåvene likevel. Vi er lite flinke til å søkje kunnskap hos kvarandre.”

Informant B, C og D ønskjer at fleire fagfolk får samarbeide i tverrfaglege team, og saknar til dømes faggruppe og spesialkunnskap innan geriatri og alderspsykiatri, der ein kunne diskutere vanskelege og innfløkte ting rundt einskilte pasientar. Informant A sitt største ønske er at ein set inn større innsats på at ufaglærte får meir kurs og utdanning. Sjukepleiarane ønskjer meir fagleg oppdatering og internundervisning, samt det å kunne ha tid til å følgje opp tiltaka i praksis. Det å kunne dele pasientar inn i mindre grupper kunne gjere at ein fekk betre oversikt og kontinuitet i arbeidet, meinte informant B og C, og fortel vidare at det å auke kunnskapsnivået hos fleire på arbeidsplassen ville kunne føre til at dei fekk betre refleksjon og det vil kunne auke kunnskapsnivået generelt.

Sjuepleiar D fortel at det finst nok vilje til å få til teamarbeid på arbeidsplassen, ”*alltid nokre eldsjeler som ønskjer å få til noko*”. Informanten synest dei hadde noko bra på gang tidlegare når arbeidsplassen deltok i eit prosjekt der dei skulle arbeide fleire i lag mot einskilde pasientar. Dette prosjektet vart oppretta av ein medarbeidar som ledd i ei utdanning, men prosjektet ”sklei ut” etter ei tid. Sjukepleiaren høyrer framleis på jobb at mange har lyst å starte opp igjen den måten å arbeide på.

Sjuepleiar E ser positivt på møte på arbeidsplassen der ein kan diskutere ulike tiltak rundt pasientar, men ho synest det ofte ikkje fungerer i praksis. Informanten fortel vidare at dei er fleire ulike yrkesgrupper som jobbar saman. Nokre av kollegane er ”*snillare*” enn andre, mens andre ”*svartmalar*” ofte situasjonar, og det gjer at det vert vanskeleg å samkøyre reglar hos pasientane og få til godt lagarbeid, seier ho. Noko av grunnen til manglande samarbeid trur ho kan skuldast lite personell på vaktene, og at medarbeidarane har ulik tilnærming til arbeidet og ulike relasjonar til pasientane. Sjukepleiaren seier vidare at det vert til at dei jobbar mykje kvar for seg, og samarbeider deretter. Ho fortel:

”Nokon jobbar med det som er mitt og vi andre tør ikkje å røre borti det som er deira felt, dette er dei gode på, føler det slik. Galt å seie det, men det er slik. Vi skulle ha delt det vi er gode på, for eksempel relasjonar til ein pasient, dele med kvarandre. Skulle ønskje samarbeidet hadde vore betre her.”

Informant B ser at det er spesielt hos dei pasientane som har krevjande diagnoser at behovet for lagarbeid melder seg:

«Vi tek det der og då. Vi møtes på vaktrommet og diskuterer og kjem opp med eit resultat. Vi ser på om ulike forslag har noko føre seg, kva vi kan gjere, og kva vi bør gjere i ulike situasjonar. Det fungerer.»

Sjukepleiaren seier vidare at dei prøver å opprette ressursgrupper rundt enkelte pasientar der dei tek opp dei same problemstillingane og prøver å gjere det beste for pasienten med omsyn til pleie og behandling.

Informant C fortel at mykje av ansvaret med å få til eit lagarbeid kviler på dei med mest utdanning. Sjukepleiaren her jobbar mykje med å få til pleieteam rundt enkelte pasientar og erfarer at noko av det arbeidet ho legg i kunnskapsutviklinga ser ho att i praksis, men fortel:

”Det vert opplevd nett som å ta eit steg fram og to tilbake når det gjeld formidling av nødvendig kunnskap og dette er ei kjempeutfordring i kvardagen.”

4.2.3 ”Å kunne reflektere og diskutere”

Alle informantane erfarer at dei får for lita tid til diskusjonar og faglege refleksjonar rundt pasientane i det daglege arbeidet. Sjukepleiarane har alle eit ønske om fleire faglege diskusjonar og tid til å dele kunnskap. Informantane skulle ønskje meir tid og rom for å sette seg ned i arbeidstida for å kunne oppdatere seg fagleg. Det å kunne lese faglitteratur og få auka kunnskap om ulike fagfelt, trur sjukepleiarane vil føre til betre kunnskapsutvikling på arbeidsplassen. Informant E seier:

”Det har vore viktig å utvide mitt perspektiv, såg at andre viste meir enn meg (...), og det å kunne reflektere med andre har vore viktig for meg.”

Alle sjukepleiarane fortel at det å ha faste møte og refleksjonsgrupper vert opplevd som gode rutinar der dei kunne få til auka læring. Slik utaler informant C seg:

”Vi har ulike erfaringar og er ulike faggrupper på arbeidsplassen, også ufaglærte, og vi får ikkje alltid like gode vurderingar av alle, det er godt av og til å kunne diskutere med ein annan sjukepleiar.”

To av informantane (B og C) seier dei prøver å få til sjukepleiarmøte eller refleksjonsmøte fast ein gong i månaden. Då tek dei sjølv ansvaret for å sette opp tema og dei ser moglegheit for å auke kunnskapsnivået og få i gang refleksjonar hos medarbeidarane på desse møta. Her får sjukepleiarane høve til å vise sin kunnskap og dei ønskjer å nytte slike møte bevist til kunnskapsutveksling. Dei får også gode tilbakemeldingar frå medarbeidarane dei gongene dei får til internundervisning. Informanten C fortel:

”Vi har måtta kjempa med olbogane lenge for å få til internundervisning(...).”

Rapportsituasjonane bruker sjukepleiarane ofte til å diskutere korleis dei skal løyse utfordringar dei har her og no. Rapportane er på om lag tretti minutt, og det ser ut som det er lite tid til refleksjon og planlegging rundt pasientane. Dei fleste av sjukepleiarane (A, C, D og E) erfarer at faste møte til pasientarbeid er glidd ut eller vert utsette, og det gjer ikkje situasjonen betre for samarbeid. Vanskelege ting rundt pasientar vert no ofte tekne opp med nærmaste leiar, fortel informant A. På personalmøta er det heller ikkje tid til faglege diskusjonar rundt einkilde pasientar. Der er ofte agendaen dagleg organisering av praktiske gjeremål ved arbeidsplassen, fortel informantane. Sjukepleiar A fortel vidare om kven som styrer kunnskapsutviklinga på sin arbeidsplass:

”Det må vere meg sjølv, og dei andre sjukepleiarane på min arbeidsplass, men det er i liten grad vi gjer det,” og fortel vidare: ”Vi har liksom ikkje tid og rom for å diskutere faglege spørsmål eller snakke saman og dele kunnskap. Eg føler vi er få til å få gjennomslagskraft hos leiinga.”

Sjukepleiar A seier vidare:

”Personalmøta vert det forresten mindre og mindre av. No er det lenge sidan vi har hatt noko, det er utsett til april, etter påske ein gong (...).”

Fleire av sjukepleiarane (A, B, C og D) erfarer at sjukepleiarstudentane gjer sitt til at det går føre seg ei kunnskapsutvikling i det daglege på arbeidsplassen, og dei er med på å styre kunnskapsutviklinga. Studentane er flinke til å få i gang faglege diskusjonar, og ofte vert forholdet mellom teori og praksis debattert. Denne refleksjonen har då sin basis i den naturlege samhandlinga mellom dei og pasienten/pårørande. Etterpå vert det gode samtalar mellom sjukepleiarane og studentane, og det opplever informantane er med på å heve kunnskapen på arbeidsplassen. Sjukepleiarane synest dette arbeidet er positivt reint fagleg sett og gir dei personlege utfordringar.

Det er viktig for informantane å få tilbod om undervisning/ kurs for å auke kunnskapen etter kvart som utviklinga går framover på ulike fagfelt. Då får ein får knytt relasjonar og kontaktar med andre fagpersonar i same yrke og ein kan diskutere fag saman. Informant E sa det slik:

”For å vere heilt ærleg, det er godt med litt forandring i kvardagen og, då er det kjekt å kunne reise på kurs og lære noko nytt.”

4.2.4 ”Å ha eit system for kunnskapsutvikling”

Fleire av sjukepleiarane (A, D og E) erfarer at dei gongene dei kjem med ny kunnskap og ønskjer å sette i gang ulike tiltak på arbeidsplassen, blir det ofte ikkje prioritert å sette seg inn i forslaga dei kjem med. Sjukepleiarane kjenner ofte på at engasjementet ikkje er heilt til stades hos medarbeidarane, av og til litt negativ haldning som: *”Skal vi starte med dette her og no.”*

Sjukepleiar C og D erfarer det å dele kunnskap på rapportar i vaktskiftet er ein ting, men kva som skjer med den kunnskapen som vert diskutert, er vanskeleg å vite. Informantane fortel at dei rapporterer og dokumenterer i journalane, men ser at ikkje alt det som vert dokumentert og sagt kjem fram til pasientane. Informantane opplever at mykje forsvinn på vegen. Mykje tyder på at ein del informasjon om pasientane ikkje alltid kjem fram til kvar einskild pleiar, og dette opplever dei fleste informantane (A, C, D og E) som ei stor utfordring i kvardagen. Sjukepleiarane føler ansvar for at rett og viktig informasjon når ut til dei som skal pleie

pasientane, og dei ser at det vert litt tilfeldig kva som vert oppfatta og kva som vert dokumentert i etterkant av medarbeidarane. Informantane opplever mykje frustrasjon rundt det at medarbeidarane ikkje alltid tek seg tid til å sette seg inn i pasientane sine daglege behov og behandlingssituasjon. Sjukepleiarane saknar gode rutinar på dette arbeidet.

Sjukepleiar C fortel at det er dårleg med bidrag hos leiarane til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen. Det er ønskjeleg med litt meir initiativ på dette feltet. Informanten opplever at leiarane over den nærmaste leiar viser visjonar og mål for avdelinga, men det kjem ikkje til syne i det daglege arbeidet på arbeidsplassen. I kva grad leiarane er delaktige i kvardagen i arbeidet erfarer tre av sjukepleiarane er personavhengig. Dei har opplevd fleire skifte av leiarar i løpet av dei åra dei hadde vore tilsett på noverande arbeidsplass. Sjukepleiar A fortel:

”Ingen ting, nei eg kan ikkje sjå at leiarane er med på å utfordre daglege rutinar eller med å vise visjonar for arbeidsplassen.”

Informant B har forsøkt å komme med ulike forslag til endring i organiseringa av arbeidet, men det vert ikkje så godt motteke. Informant C fortel at det av og til kan vere vanskeleg å få innpass hos leiaren med ulike tiltak som ho og andre kollega har kome fram til. Pleiepersonellet må jobbe aktivt mot leiar, av og til gir det resultat og dei får gjennomslag for tiltaka. Informant C seier:

”Å få innpass hos leiar har vorte betre etter kvart. Det er viktig at vi gjentar og begrunnar, det må vi heile tida gjere. Leiaren kom og spurde meg som fagperson ved eit tilfelle, og eg begrunna og då høyrde leiaren på meg. Men vi må heile tida vere på hogget.”

Fleire av sjukepleiarane her erfarer at dei får vere mindre og mindre med i avgjersler som vert tekne på arbeidsplassen. Informant E seier at det er sjeldan ho vert teke med på råd i organisasjonen og får høve til seie kva ho meiner:

”Må nok søkje beslutningsprosessane sjølv (...). Bør kanskje søkje leiarstilling for å få påverknad.”

Ei anna erfaring tre av sjukepleiarane (A, B og D) har er at dei siste åra har det danna seg små grupper med uformelle leiarar som er med på å hindre kunnskapsutvikling, det å lære i lag. Sjukepleiar A seier vidare:

”Ulike uformelle leiarar føler eg hindrar meg i å få vise kunnskapen min, som sagt.”

Det å ha gode rutinar og system når nyttilsette begynner i kommunen, ser informant E som viktig. Det er viktig å ha gode prosessar på å ivareta nye medarbeidarar spesielt den første tida. Sjukepleiaren meiner vidare at det er grunnlaget for å lære noko nytt at ein føler seg trygg på arbeidsplassen, det å lære kulturen. Informant E fortel:

”Eg opplever sjølv at eg lærer noko nytt kvar dag, men det å sette det i system sviktar, det er ingen rutinar på det.”

Informant B fortel at dei i tillegg til at ho sjølv står for mykje av kunnskapsutviklinga kunne ho ha fått litt hjelp frå leiinga. Sjukepleiaren seier:

”Trur faktisk vi på grasrota, sjukepleiarane, som står for den største jobben her.”

Informant A fortel at ho ser at den nærmaste leiaren har mindre tid til leiing av det daglege arbeidet og mindre kontakt med dei tilsette i kvardagen. Enkelte gonger føler sjukepleiaren at leiinga er nesten fråverande på arbeidsplassen, og fortel:

”Leiaren må i møte og andre fora heile tida og vi veit ikkje kva dei styrer med. Dei har sikkert mykje økonomi og administrasjon, og sikkert fått andre oppgåver i tillegg til alt det andre dei har frå før.”

Sjukepleiar D fortel:

”Eg ser at leiaren har mange ting å ta fatt på og henge fingrane i (...), kanskje leiaren kunne ha brukt meir tid til å observere kva som skjer på arbeidsplassen og kva behov vi har der.”

Dei fleste sjukepleiarane fortel vidare at dei ikkje har oversikt over kva for vidareutdanningar som finst i pleie- og omsorgstenesta i kommunen. Dei saknar ei slik oversikt, men seier vidare at dei heller ikkje er flinke til å spørje etter kva for kompetanse som allereie er i sektoren. Sjukepleiar C erfarer at organisasjonen ho jobbar i tek imot nye forslag til utdanning, men at det er vanskeleg å få fri og økonomisk støtte til slikt arbeid. Arbeidsgjevar viser liten vilje til å få realisert meir kompetanse, og det meiner ho er med på å hindre kunnskapsutvikling på hennar arbeidsplass.

Ingen av informantane har kjennskap til nokon kompetanseplan på korleis vidareutdanninga deira eventuelt skulle nyttast på arbeidsplassen. Dei fleste informantane (A, C, D og E) kan fortelje at det ikkje vert sett krav til dei etter at dei var ferdige med ulike arbeidskrav eller eksamen frå leiinga, noko dei alle saknar. Sjukepleiar A uttaler:

”Dei er ikkje opptatt av det her.”

Kap. 5.0 Drøfting av resultat

Målet med dette kapitlet er å gi svar på problemstillinga kva erfaringar vidareutdanna sjukepleiarar har når dei kjem tilbake til arbeidsplassen med ny kunnskap i pleie- og omsorgstenesta. Kapitlet er delt opp i tre hovuddelar. Først set eg søkjelyset på erfaringar i forhold til personleg meistring gjennom motivasjon og drivkraft. Vidare ser eg på arbeidsfellesskapet og læringsmiljøet både individuelt og i grupper – det vil seie erfaringar informantane har med å dele kunnskap. Til slutt tek eg for meg erfaringane informantane har med å sette kunnskap og kunnskapsutvikling i system på arbeidsplassane. Dette byggjer eg på funn eg har gjort, samt teoretisk gjennomgang av desse i tillegg til tidlegare forskning.

5.1 Ansvar for pasientar og pårørande – motivasjon og drivkraft for læring.

Funna i denne studien viser at den store drivkrafta til informantane er ønske om at pasientar og pårørande skal få oppleve den beste pleie og omsorg som er råd å oppnå til kvar tid. Det at pasientar og pårørande skal få god behandling, noko informantane meiner dei har krav på, viser seg å vere ein sterk motivasjonsfaktor i det daglege arbeidet.

Til meir sjukepleiarane har lært gjennom vidareutdanninga si, til meir oppdagar dei kva dei ikkje kan og det motiverer til vidare læring og søking av kunnskap. Dei ønskjer at pasientane skal ta del i denne kunnskapen og dra nytte av den. Sjukepleiarane fortel at dei er stort sett trygge på at kunnskapen dei ønskjer å vidareformidle er relevant og naudsynt for pasientar og pårørande. Informantane seier vidare at dei ønskjer å prøve ut ny kunnskap og sette den raskt ut i praksis på arbeidsplassen, men fortel samstundes at det er ein del utfordringar med å formidle denne kunnskapen, og ein av informantane seier det slik: ”*Mykje å gripe fatt i, nesten for mykje.*”

Informantane har høg grad av motivasjon og drivkraft for å få til læring og utveksling av kunnskap i arbeidet og det kan ein forklare med Senge (2004:134) sin definisjon av personleg meistring: ”*En disiplin av personlig vekst og læring*” (jf. kap 2.1). Han skriv at menneska som har høg grad av personleg meistring vil søkje å utvikle si evne til å skape dei resultata dei verkeleg vil oppnå her i livet, og menneska har og er den aktive krafta i organisasjonen. Slik eg ser det, prøver informantane i denne studien å få tak i kva medarbeidarane har av kunnskap og erfaringar gjennom aktiv pleie i lag hos pasientane. Nokre av sjukepleiarane fortel om teknikkar som å spørje kollegane ofte om kvifor dei utfører arbeidet slik dei gjer, og to av informantane fortel at dei ”*masar*” ein del for å få endra på rutinar. Gjennom intervjuet kom det fram at informantane er svært opptekne av haldningar, normer og verdiar medarbeidarane viser overfor pasientar og pårørande. Det kan sjå ut som enkelte av informantane her får motivasjon, meir eller mindre ubevisst, med at dei forsøker å endre etiske forhold mellom pasientar og medarbeidarane etter kvart som dei får ny kunnskap. Og det kan verke på meg som at sjukepleiarane gjennom arbeidet med å endre haldningar hos medarbeidarane utfordrar bruksteoriane til Argyres og Shon (jf. Kap. 2.2.1:22). Der informantane er med å sette spørsmål ved måten ein utfører arbeidet på og reflekterer over situasjonar her og no, samstundes som dei ønskjer å ta opp visjonar der rutinar vert utfordra.

Kommuneleiinga rundt om i landet må kanskje rekne med at pleie- og omsorgssektoren framleis vil verte prega av mange ufaglærte som arbeider i små stillingsbrøkar (jf. Haukelien 2009:93). Dette gjer at det er utfordrande å planlegge den omsorga og pleie som vert forventa, både for leing og dei andre tilsette i organisasjonen. I NOU (2010:20) peikar dei på at det er i dag stor merksemd på helse- og omsorgssektoren der samfunnet sine forventingar til kvalitet og kvantitet aukar i takt med utviklinga til nye behandlingmetodar. I denne sektoren er det spesielle utfordringar med å i vareta andre menneske si helse og omsorgsbehov, det vil seie tilsette si sterke kjensle og uro for helsesituasjonen til pasientar, pårørande og familien.

Organisasjonen (her helse- og omsorgssektoren) skal yte dei tenestene den har forplikta seg til sjølv om den i teorien ikkje har råd til det, skriv Vike m.fl.(2002). Forfattarane fortel at det kan oppstå eit misforhold og delt frustrasjon rundt kva dei økonomiske rammene tillet og kva pasientar og pårørande forventar. Det er ikkje like enkelt å jobbe under slike forhold, der samvitet vert sett på prøve. Det fører ofte til det resultat at sjukepleiarane identifiserer seg

med arbeidet og brukaren, i staden for organisasjonen sine økonomiske og administrative krav og funna mine viser at informantane føler sterkt ansvar for at det daglege arbeidet skal ha ein viss kvalitet og at tenesta held ein viss standard.

Denne ansvarskjensla er også skildra hos Nonaka (i Krogh 2001) der han ser det slik at til meir kunnskap og ekspertise du sit inne med, til meir ansvar har du kanskje for å hjelpe andre og kor tilgjengeleg du skal vere for andre. Ansvarskjensla avgjer om ein tek ansvar for sine handlingar, og ekspertise kan oppfattast saman med sosialt ansvar, noko meir enn resultatet av handlingar (ibid). Funna tilseier at informantane er langt på veg til å verte ”omsorgseksperter” slik Nonaka beskriv det (jf. kap.2.1:14) av di dei føler og tek ansvar for at organisasjonen skal utvikle seg i takt med kunnskapsutviklinga dei sjølve tek lærdom av. Sjukepleiarane her ønskjer å vere tilgjengelege og dei forstår, som sagt, at dei heile tida bør dele ny kunnskap og erfaringar dei har med kollegane sine. Dei forsøker å finne eigna læresituasjonar der dei kan nå fram og vere synlege med ny kunnskap slik at kollegane skal kunne heve kvaliteten i sitt arbeid med pasientar og pårørande.

Organisasjonen bør kanskje vere meir bevist og sjå nytten av det ansvaret informantane kjenner på og tek, for så å forvalte det på ein slik måte at det kjem til nytte for alle i arbeidsfellesskapet. Sjukepleiarane fortel om manglande støtte og omsorg på avgjerder som skal takast, og at dei har få andre å diskutere dette ansvaret med, og dei saknar tid til refleksjon. Slik kan det kanskje verte lettare å identifisere arbeidet med kva hjelp pasientar og pårørande treng, i staden for å tenke på dei økonomiske rammene og fordeling av ressursar ein har til rådvelde. Sjukepleiarane trur eg kan tenke slik at dei prøver så godt dei kan å yte den hjelp som brukarane av tenestene forventar der og då, og tek dei økonomiske sanksjonane som eventuelt kjem i etterkant.

Informantane fortel om eit framleis stort engasjement for å få medarbeidarane til å nyttiggjere seg ny kunnskap med det formål å auke kvaliteten i pasientarbeidet. Til meir kunnskap og erfaring dei får, til meir føler dei på dette ansvaret. Ny kunnskap er med på å gjere dei tryggare på å prøve å endre praksis, noko som stemmer med funna til Andersen Aasen (2006:57) som skriv at kombinasjonen av lang erfaring og fagleg tyngde gjer at sjukepleiarar føler seg trygge både som fagperson og som menneske.

Det at informantane føler seg trygge som fagperson gjer likevel at dei saknar fleire med liknande kunnskapsbakgrunn. Det å vere åleine med ny kunnskap opplever informantane som svært krevjande og ansvarsfullt. Samstundes er det nettopp det at dei er åleine med kompetansen og erfaringane som gjer at dei får ei drivkraft til å fortsette med å dele den samla kunnskapen dei har gjennom at dei ser meir komplekse sjukdomsbilete hos pasientane. Informantane er, som sagt, usikre på kor mykje av arbeidet med kunnskapsutviklinga som vert vidareført av medarbeidarane til pasientane. Denne tvilen er med på å gjere at sjukepleiarane føler ansvaret vert til tider stort og vanskeleg og dei ønskjer difor fleire kollegar med same kunnskapsbakgrunn. Ein av informantane seier det slik: *”Det vert opplevd nett som å ta eit steg fram og to tilbake når det gjeld formidling av nødvendig kunnskap og dette er ei kjempeutfordring i kvardagen.”*

Det samsvarar med det Haukelien m.fl. (2009) beskriv i si forskning at fleire med same kompetanse vil kunne bidra til at sjukepleiarane vert tryggare i si rolle som kunnskapsformidlarar for så å sleppe å engste seg åleine. Det vert då fleire å kunne diskutere og løyse fagleg spørsmål med i staden for at utfordringar skaper konflikt mellom medarbeidarane. Det vil kunne lette arbeidet med å rettleie, drive ettersyn og svare på spørsmål frå ufaglærte, samt auke ambisjonsnivået både hos kvar enkelt og arbeidsplassen som heilskap. Fleire med same kunnskapsbakgrunn vil mest truleg føre til eit betre arbeidsmiljø (ibid).

Informantane mine tek kanskje på seg for mykje ansvar med å passe på at alt rundt pasienten skal fungere både fysisk, psykisk, sosialt og åndeleg. Kanskje sjukepleiarane vert ”oppdratt” gjennom si utdanning til at dei skal vere noko meir enn profesjonell yrkesutøvar, gi noko meir av seg sjølv, ei indre godheit, gjennom å vere pasientane sin ”advokat” i alt. Vike m.fl (2002:118) peikar på eit trekk som er ulikt hos sjukepleiarar enn dei fleste andre yrkesgrupper, nemleg: *”Den sterkt moralsk begrunnende selvjustis og selvgranskning de krever av seg selv og sine egne (...). Disse verdiene aksentuerer sjukepleierens moralske ansvar overfor pasienten, noe som ofte blir formulert som et individuelt ansvar.”* Dei skriv vidare at eit slikt ansvar kan komme av at sjukepleiarane får eit spesielt ansvar for å ta vare på det heile mennesket (pasientane) med alle deira grunnleggande behov. Dette kan vere vanskeleg å måle i tid, då det ofte krev handling der og då, i motsetning til ein fysioterapeut

som har timebestillingar og kan avlyse om tida vert for knapp, for her ”døyr” ikkje pasienten om timen vert utsett (ibid).

Slik eg ser det, har det offentlege (her pleie- og omsorgstenesta) teke over for mange av dei praktiske oppgåvene rundt pasientane som tidlegare vart utført av pårørande, familie og naboar. Det kan verte tallause oppgåver og oppdrag som kan utførast av dei tilsette i helse- og omsorgssektoren om dei tillet det. Her kan eg nemne nokre døme etter eiga erfaring; følgje pasientar til frisør, lege, terapeutar og sosiale aktivitetar. Vidare handle mat, klede og andre forbruksvarer, sette fram bosspann, hente ved og fyre, brøyte snø, betale rekningar og administrere post. Det at ein bruker helsefaglege personar til desse oppgåvene gjer at det vil gå utover noko anna i deira behandling av pasientane. Men eg ser at ein del slike oppgåver må utførast der pasientane ikkje har familie eller frivillige til å hjelpe seg, og at tenesta møter utfordringar der ein skal prøve å utnytte ressursane best mogleg ved tilsyn av pasientane. Likevel trur eg det må til ei haldningsendring og dreining litt tilbake slik samfunnet før var prega av at naboar og familie i større grad følte ansvar for kvarandre og tok i eit tak for fellesskapet. Det offentlege hjelpeapparatet vil nok ikkje klare alle praktiske oppgåver som naturleg kjem i kraft av den demografiske utviklinga og sjukdom hos innbyggjarane framover.

Samfunnet er uroa om vi har nok hender i pleie- og omsorgssektoren i åra som kjem (jf. NOU 2010:13), og då vert det kanskje endå vanskelegare for dei som har ansvaret i denne sektoren til å oppfylle alle krav samfunnet sett til tenesta. Vil nok tru at informantane mine med ny kunnskap vil erfare endå meir som skulle ha vore gjort annleis og betre, og dei tek raskt ansvaret med å vere organisasjonen sitt ansikt utad.

Noko av dette ansvaret for pasientane, som informantane kjenner på, kan nok vere meir eller mindre pålagt av andre gjennom at arbeidsfordeling og rutinar er blitt slik. Tenker då på manglande organisering i det daglege arbeidet eller at det manglar fagkunnskap i organisasjonen og at det jobbar mange ufaglærte i sektoren. Slettebø m.fl. (2010) skriv i sin studie at nokre av sjukepleiarane der opplever å få delegert ansvar frå legen om å avgjere kven av pasientane ein skal prioritere for tilsyn og behandling. Delegeringa vert forklart med ressursmangel, manglande tid og kvalifisert personell. Noko av det same kan ein kanskje oppleve i fleire kommunar i helse- og omsorgssektoren, då det er mange pasientar per

sjukeheimslege, og pasientane i heimetenesta har kvar sin fastlege. På kvelds- og nattetid må pasientane nytte den kommunale legevakta på lik linje som alle andre innbyggjarar. Då kan nok sjukepleiarane på desse skifta (utgjer omlag 16 timar i døgnet) kjenne på eit stort ansvar for at ny vakthavande lege får dei opplysningane han treng for å føreskrive rett behandling, ofte går slik kontakt føre seg over telefon, fortel informantane.

Men det er nokre føresetnader som bør vere til stades for at medarbeidarar skal kunne tørre å dele kunnskap. Etter kva informantane i denne studien erfarer, skal ein vere på vakt i forhold til at dei kanskje ikkje vert "verdsette" nok eller at andre ikkje ser resultatet i det arbeidet dei allereie legg ned i kvardagen, og kanskje kan sjukepleiarane bli overarbeidde eller i verste fall sjukemelde. Kvamme og Bjerke (2003) si forskning viser at personell som manglar anerkjenning og moglegheit til å få praktisert ny kunnskap og ferdigheiter dei har fått tilført gjennom vidareutdanning si, kan misse motivasjon. Mangel på tilbakemeldingar frå leiing og medarbeidarar på ny kunnskap kan føre til frustrasjon blant sjukepleiarane, og det kan føre til at dei då kanskje vil søkje utfordringar andre plassar (ibid). Velten m.fl. (2008) uttrykker det slik at arbeidsplassar som fungerer dårleg ofte har mangel på at medarbeidarane ikkje tek ansvar for verksemda, manglar felles reglar, eller reglar vert ikkje praktisert, det vert heller ikkje gjort noko for å få til ei betre felles framtid og leiarskapet er fråverande. Tilsette med høge ambisjonar kan ein risikere søkje seg vekk frå slike organisasjonar (ibid).

Det er viktig for sjølvrealiseringsprosessen at ein som arbeidstakar har eit mål å jobbe mot og ser at ein kan utvikle seg i takt med samfunnet elles. Sjukepleiarane i studien her såg ikkje karrieremoglegheiter eller anna merkbar endring i arbeidet i kraft av si vidareutdanning. Ein av informantane svarer slik på spørsmålet om kva grad ho synest ho får synt den nye kunnskapen sin: *"Må nok søkje beslutningsprosessane sjølv. Bør kanskje søkje leiarstillingar for å få påvirknad."* Tidlegare direktør A. Rihs i Phonak seier det på denne måten: *"Ønsker du ansatte som er nyskapende og motiverte, må du ta hensyn til deres menneskelige behov. Når man føler seg verdsatt, blir man åpen for nye ting, i motsetning til når man føler behov for å forsvare seg"*(Nonaka i Krogh 2001:34).

Fleire av informantane i denne studien viser stor entusiasme og yter framleis stor innsats i arbeidet, men dei kan oppleve at det å jage etter så stor personleg meistring kan føre til at det vert for mykje for dei over fleire år i pleie- og omsorgstenesta. Senge (2004) skriv at medarbeidarar som ikkje lever opp til forventningane ein har, kan føre til fortviling og at ein vert bitter. Det at personar jagar etter høg personleg meistring kan føre til at dei vert utbrent og stressa i jobben sjølv om organisasjonen fungerer godt (ibid). Sjukepleiarane i denne undersøkinga har jobba mange år ved same arbeidsplass. Det kom fram i intervjuet at tre av dei hadde tenkt på å skifte jobb, og då til annan arbeidsgjevar, men dei er framleis ved same arbeidsplass og har overskot til å yte litt ekstra i arbeidet med kunnskapsutvikling. Dette kan ein kanskje sjå i samanheng med det Senge (2004:149) refererer til O`Brian, der han skriv at personleg meistring og motivasjon til arbeid avheng også av det å føle personleg lykke: *”Like viktig grunn til at vi oppmuntrer våre ansatte i denne søken er den betydning som full personlig utvikling kan ha for det enkelte menneskets lykke. Å føle personlig tilfredsstillelse bare utenfor arbeidet, og overse den betydelige del av livet som vi tilbringer i arbeidet, ville være å begrense våre muligheter til å bli lykkelige og fullstendige mennesker”*(ibid).

Det at sjukepleiarane sjølve tek initiativet til å vidareutdanne seg, viser at dei er kunnskapshungrige og har eit behov for å utvikle seg vidare også på det personlege plan. Vidareutdanninga gjer at dei får meir kunnskap om fagfeltet dei jobbar med og det er med på å gi dei ei sterkare sjølvkjensle som dei drar nytte av i samhandlinga med pasientane. Det er som sagt i pleiesituasjonar informantane her opplever å få vise den nye kunnskapen sin. Og det er ved pasientsenga dei opplever å få igjen for det arbeidet dei legg ned for å prøve å implementere ny kunnskap og bidra til å auke kunnskapsnivået i arbeidsfellesskapet. Noko liknande kan ein og sjå i funna til Kvamme og Bjerke (2003:76) som skriv at å ta ei vidareutdanning kan føre til at sjukepleiarane vert lenger ved ”pasientsenga”, der auka kunnskap kan motivere til å fortsette å arbeidet med nye utfordringar dei ikkje såg tidlegare. Studien til desse forfattarane viser at ny kunnskap og auka kompetanse motiverer informantane til utvikle arbeidsplassen vidare, samt det å vere nyfiken på meir kunnskap, og at dei har eit stort hjarte for pasientar og pårørande. Funna mine viser at det er tilbagemeldingane frå pasientar og pårørande, samt omsorg for pasientane sitt ve og vel som gjer at dei liker jobben seg så godt i jobben.

Gjennom intervjuene meiner eg at informantane har til dels høg grad av personleg meistring av di dei føler på eit stort ansvar og syner *mot* for at pasientane og pårørande skal dra nytte av den kunnskapen dei sjølve sit inne med. Senge (2004:149) forklarar dette med at når sjukepleiarane omtaler arbeidet som omsorg, vil dei gjere det dei verkeleg ønskjer med stort pågangsmot og entusiasme. Sjølv om dei møter motgang, så held dei ut. Det kan sjå ut som informantane tek initiativ og føler seg forplikta til innsats, og dei fortel blant anna om initiativ til å endre rutinar, følgje opp manglande dokumentsystem og journalføring, og dei tek sjølve initiativ til vidareutdanning. Etter mange år med arbeidserfaring i pleie- og omsorgstenesta, og få fagpersonar å støtte seg til, viser det seg at informantane har pågangsmot.

5.2 Arbeidsfellesskapet – moglegheit til å dele kunnskap

Informantane i denne studien har drivkraft og motivasjon til å utvikle seg personleg og til å formidle ny kunnskap til medarbeidarar gjennom behandling og pleie til pasientar og pårørande, men det oppstår nokre problem når denne kunnskapen skal implementerast på arbeidsplassen. Informantane erfarer at dei sjølve må vere pådrivarar med å fortelje om det dei har lært, og synest det er vanskeleg å sjå korleis dei skal kunne dele ny kunnskap som dei har fått gjennom vidareutdanninga si.

Fleire av informantane erfarer at det å komme med ny kunnskap i arbeidsfellesskapet er interessant der og då, men det viser seg i ettertid at ein del av denne kunnskapen ikkje vert teke i bruk av medarbeidarane. Alle sjukepleiarane fortel om ein kvardag der dei erfarer at den beste situasjonen for læring og kunnskapsutveksling med pasientar og medarbeidarar er ved ”pasientsenga”. Informantane fortel om inspirasjon til å fortsette arbeidet med kunnskapsutvikling og drive med individuell og kollegial læring, og at det skjer nettopp gjennom den nærleiken og kontakten dei har med pasientar. Funna viser at det er eit spesielt ansvar informantane føler for at pasientane skal få den pleie og omsorg som dei meiner dei har krav på. Og då kan ein spørje seg om det kravet informantane set til si eiga utføring av arbeidet er det samfunnet kan tilby. Slik tidlegare forskning og nokre av informantane i min studie ser det, er dette ansvaret sjukepleiarane føler og tek, langt større enn kva denne tenesta tillet av ressursar.

Nonaka (i Krogh 2001) peikar på at kunnskapsutvikling set heilt spesielle krav til relasjonar i organisasjonar. Tilsette i organisasjonen som skal dele kunnskap, må kunne vere opne for kvarandre sine idear og kunne stole på kvarandre. Når ein opplever støttande og konstruktiv relasjon, kan tilsette enklare dele sine personlege erfaringar og komme i god dialog og eventuelt dele bekymringar ein måtte ha. Vidareutdanna sjukepleiarar i denne studien med ny kunnskap sit med erfaringar om at målet er noko uklart i forhold til kva dei skal bruke den nye kunnskapen til og korleis dei skal dele den med andre. Informantane fortel på kvar sin måte om ein kvardag der dei prøver å formidle og dele kunnskap, men vert hindra av at arbeidsfellesskapet ikkje heilt veit korleis dei skal ta i bruk og dra nytte av den nye kunnskapen.

Ut i frå funna mine ser eg at informantane prøver å balansere informasjon og læring slik at ikkje medarbeidarane skal oppleve det som ”ovanfor og ned” -haldning. Sjukepleiarane opplever ulike tilbakemeldingar (positive og negative) frå kollegar, på deira iver etter å formidle ny kunnskap (jf. kap. 4), og ønskjer ikkje at til dømes ufaglærte medarbeidarar skal tolke kunnskapsformidlinga som at dei ikkje gjer ein god nok jobb. Informantane fortel samstundes at ny kunnskap gjer dei tryggare på at dei må endre praksis. Vike m.fl.(2002: 66) skriv at kvinner i førstelinjetenesta utset seg for og tek ofte ansvar for kva organisasjonen har ”forplikta seg til”, uttrykt som ei slags makt, og informantane fortel at dei burde ha vore endå flinkare til å fremje sin kunnskap.

Grunnen til at sjukepleiarane i studien min ikkje driv så aktiv med kunnskapsutveksling som dei eigentleg ønskjer, trur eg kjem av at dei ikkje opplever god nok støtte og konkrete tilbakemeldingar på kva organisasjonen ønskjer å bruke den nye kunnskapen til. Informantane fortel om utryggleik i forhold til kor stor interessa eigentleg er hos medarbeidarane til ny kunnskap. Dei kjenner nok litt på redsla for å bli ”utstøytt” av det sosiale arbeidsfellesskapet i det daglege med at ”du skal ikkje tru du er betre enn oss andre”. Den kjensla kan kanskje ha samanheng med at informantane her er få med same kunnskapsbakgrunn på arbeidsplassen, og dei fortel at det er få sjukepleiarar på same vakt som dei kan dele dette ansvaret med. Slik eg ser det, kan det vere at informantane som er høgt kvalifiserte bør i lag med leiarane ta ansvar for å skape ei endring for å få til auka kunnskapsutvikling. Informantane kan kanskje

snakke med ei meir tydeleg ”stemme” og tørre å bruke den stemma dei har. Det å vente på at organisasjonen skal endre seg kan ta tid, og sjukepleiarane bør nok sette meir krav til å få kunnskapsutviklinga i meir ordna former.

Slik eg ser av funna mine, er drivkrafta til å få formidla den nye kunnskapen til pasientane i min studie sterkare enn at informantane lar vere å ta initiativ til kunnskapsformidling. Sjølv om det ser ut som arbeidsfellesskapet manglar gode relasjonar og nok støtte for å ta imot ny kunnskap, vil likevel informantane fortsette med å komme med nye idear og prosedyrar. Levin og Klev (2002) gir uttrykk for at læring og utvikling kan planleggast, men det er menneska som deltek i læringsprosessane i eit samspel med påverking av omgjevnaden som avgjer resultatet. Forfattarane skriv vidare at det er viktig å forstå kva kunnskap og læring er gjennom å byggje kapasitet og evne i organisasjonen. I staden for konkrete løysingar handlar dette om eigenskapar og føresetnader til å bruke teknologi, nytte dei menneskelege ressursane til å skape naudsynte løysingar og realisere dei (ibid). Eit tiltak som medarbeidarane kan nytte for å få auka kompetanse kan vi lese i studien til Bakken Nilsen (2008). Det å legge til rette for faglege undervisning i arbeidstida trur eg kan vere med på å skape gode relasjonar og få fram interesse for ny kunnskap. Det er kanskje spesielt viktig at ein tek med dei ufaglærte på slike korte undervisningsbolkar der ein har høve til å reflektere. Ein idé kan vere at sjukepleie-studentar får eit spesielt ansvar her. Informantane mine nemner sjukepleiestudentane som ein viktig ressurs i kunnskapsutviklinga og ikkje minst som ein fagleg samtalepartner.

Vil tru at det å bli invitert til å vere med på auke sitt personlege kunnskapsnivå vil gjere at medarbeidarane føler seg sett og kan ta med seg nye refleksjonar dei gjer tilbake til pasientane. Studien til Gjerberg og Amle (2009) viser gode resultat med å danne eigne refleksjonsgrupper i arbeidstida, der ein prøver å få fram taus kunnskap i arbeidsfellesskapet, slik at medarbeidarane kan lære og dra refleksjon av andre sine erfaringar i arbeidet. Informantane i min studie fortel om ein travel kvardag der tid til refleksjon er nesten fråverande. Men av studien til Gjerberg og Amle ser eg at om det er vilje til å prioritere og vere kreativ med å organisere tid og plass til refleksjon, kan ein nytte dei menneskelege ressursane ein har til å heve kunnskapsnivået i organisasjonen med mål om auka læring. Informantane i denne studien kan vere døme på gode ressursar å dra nytte av til å starte slike refleksjonsgrupper i pleie- og omsorgstenesta.

Det at ein framhevar refleksjon og bruker det som eit viktig verktøy i arbeidsfellesskapet, kan ein forstå ut frå handlingsteorien til Argyres og Shon (1996). Dei skriv at det er viktig å legge til rette for å reflektere over faste prosedyrar, mål og verkemiddel ein nyttar i kvardagen med pasientane. Dette for å få fram kva verdiar, normer og haldningar vi skal ha i arbeidet vårt. Slik refleksjon kan gjere at ein kan få til bruksteori (jf. kap.2.2.1) der målet er å få fram taus kunnskap og eigen refleksjon/kunnskap som ein kanskje ikkje er bevisst på at ein utfører i det daglege arbeidet. Det er her viktig å få fram balansen mellom det ein faktisk gjer og det ein hadde tenkt å gjere samstundes som ein kan dele dette med medarbeidarane (ibid). Denne refleksjonen kan og vere med på å forklare kvifor ein av og til opplever at det ikkje stemmer heilt mellom "liv og lære" ute i praksis i pleie- og omsorgsektoren. Det kan vere slik at informantane ikkje får fram bruksteori, fordi dei opplever manglande tid og rom til refleksjon. Hadde det blitt sett av tid til meir refleksjon og dialog i denne tenesta, kan kanskje informantane her få svar på kvifor medarbeidarane ikkje følgjer opp den kunnskapen dei formidlar, til dømes når dei bryt med vanleg praksis og ikkje tenker over konsekvensane dette har for pasientane. Ordna tid til refleksjon trur eg kan vere med på å dempe noko av den frustrasjonen informantane sit med når det gjeld å få implementert ny kunnskap.

Ein måte informantane nemner kan lette arbeidet med å innføre ny kunnskap og samstundes betre samarbeidet, er å jobbe i team. Sjukepleiarane meiner då eit samarbeid der dei har tettare og faste relasjonar til arbeidet, og nemner blant anna plan på korleis dei som arbeidsgruppe skal nytte den samla kunnskapen dei har til fordel for pasientar og pårørande. Informantane fortel at dei bruker mykje energi både i forhold til medarbeidarar og leiarar for å få til ei utvikling som kan føre til at pasientar og pårørande får det betre. Senge (2004:237) seier det slik når det er mangel på samarbeid og vanskar med å få til felles ansvar i eit arbeidsfellesskap: *"Det som særleg kjennetegner et lag med manglende fininnstilling eller tilpasning, er sløsing med energi. De enkelte spillerne kan jobbe usedvanlig hardt, men deres anstrengelser gir seg ikke utslag i effektiv laginnsats. Når et lag blir fininnstilt, vil det oppnå en felles retningsfølelse, og kreftene til de ulike spillerne harmoniseres. Det blir mindre sløsing.(...)* *Fininnstilling er faktisk en nødvendig betingelse for at individuell styrke skal gi styrke til hele laget."* Sjukepleiarane i denne studien meiner at mindre teamgrupper rundt pasientar vil kunne gi større merksemd på ny kunnskap og kunne skape eit betre miljø for læring og refleksjon. Faste arbeidslag vil føre til at ein byggjer styrke i arbeidsfellesskapet. Å starte slike team rundt pasientane ser eg må støttast opp med at fleire i arbeidsfellesskapet har eit

ønske om det, og at leiinga som deltek nærmast informantane i arbeidskvardagen viser veg og støttar slik arbeidsdeling. Velten m.fl. (2009:93) skriv at dette lagspelet på ulike arbeidsplassar må ha nokre grunnleggande spelereglar som inneheld mellom anna; kva posisjon dei tilsette skal stå i, kva som vert gjort, kva skal gjerast (målet) med arbeidet, og kva for eit mønster (rolle og system) ein skal fungere/trene saman i. Informantane saknar at fleire av medarbeidarane deira tek eit kollektivt ansvar for at erfaringar og ny kunnskap vert følgt opp i det daglege, og leiinga vert nok det naturlege bindeleddet for å kartlegge kva slags system og struktur dette lagarbeidet skal fungere i.

Informantane gir uttrykk for at dei opplever nettopp at medarbeidarane held på gamle kjente rutinar i å utføre arbeidet sitt på sjølv om dei formidlar ny kunnskap. Her vert det viktig at dei som har ansvaret for kunnskapsutviklinga kjenner til desse forsvarsmekanismane som kan hindre god refleksjon og samarbeid med å innføre ny kunnskap. I slike tilfelle kan ein kanskje nytte medarbeidarskapshjulet hos Velten m.fl. (2008:100) som eit hjelpemiddel til å ha fokus på å trene arbeidsfellesskapet i positiv retning. Det å få til openheit og tillit som gir fellesskapskjensle slik at dei tilsette kan føle at arbeidet gir mening, vert målet her. Det å få engasjerte medarbeidarar som kjenner at dei er verdifulle og får anerkjenning for det arbeidet dei utfører, vil føre til at fleire tek ansvar for at ny kunnskap og lærdom vert implementert.

Det å støtte kvarandre med positive tilbakemeldingar dagleg og at ein er open for konstruktiv kritikk, kan vere med på at organisasjonen meistrar open dialog og diskusjon som igjen er med på å gi eit godt læringsmiljø (Senge 2004). Dette samsvarar og med det Haukelien m.fl. (2009:112) skriv at av kompetansen sin organisatoriske kontekst krev det framfor alt tre ting: For det første må det etablerast rammer som gjer fagleg kompetanse eller kunnskap til ein vekstprosess. For det andre må den faglege kunnskapen vere ”mobil”, det vil seie at auka kompetanse gir forventningar til karrierevegane og må implementerast i arbeidsprosessar. For det tredje må auka fagleg kompetanse gi grunnlag for ”autoritet”, det vil seie at personar med auka kunnskap må løftast fram med å gi dei respekt og anerkjenning for ny kunnskap og på det arbeidet dei formidlar, samt gi dei høve til å diskutere og endre standardar og rutinar på tenesta (ibid).

Om det skal vere vanskeleg å få til team som har til hensikt å få til gruppelære og implementering av ny kunnskap, kan ein kanskje sjå til leiarstilen ”learning by doing” (Jakobsen og Thorsvik 2007). Her kan organisasjonen starte med at leiarane tek aktivt del i arbeidet og viser korleis ein skal organisere det. Det vil føre til at medarbeidarane vil oppleve leiarar som har større kjennskap til utfordringane i arbeidsfellesskapet og det kan vere med på å byggje tillit og evne i organisasjonen til å få aksept for ny kunnskap. Informantane saknar støtte for å ta i bruk den nye kunnskapen og dele dei erfaringane dei har tileigna seg, og eg vil tru ei slik deltaking i arbeidet frå leiinga si side vil gi positive innspel for å heve kunnskapsnivået. Nonaka (i Krogh 2001) skriv at organisasjonsstrukturen må få inntrykk av å vere støttande og understøttast av strategisk tenking, samt vere med på å utøve rettferd, utvikling og tverrfagleg kunnskap.

Informantane i denne studien fortel om målet med å få til gruppelære der dei kan meistre både dialog og diskusjon i lag med medarbeidarane sine. Senge (2004: 240) definerer gruppelære som ”å lære hvordan man på kreativ måte kan mestre de mektige kreftene som virker mot produktiv dialog og diskusjon i arbeidsgrupper. Den viktigste av disse er hva Chris Argyris kaller ”defensive rutiner”, vanemessige måter å samhandle på som beskytter oss og andre fra trusler eller forlegenhet, men som også hindrer oss i å lære.” Sjukepleiarane her ønskjer å vere flinkare til å framheve sin kunnskap, og få fram budskap på ein betre måte, men ser at det er vanskeleg når ikkje medarbeidarane hjelper og støtter dei i arbeidet med gruppelære. Sjukepleiarane, slik eg ser det, ønskjer at den tilfeldige diskusjonen og dialogen rundt enkelttiltak for pasientane skal bli meir formalisert og forankra i pleiegruppa, med det resultat at fleire på arbeidsplassen tek ansvar for at rett pleie og behandling vert utført. Det vert viktig å legge til rette for at miljøet vert opent og at tilsette opplever tillit slik at ein fjernar mest mogleg av dei defensive rutinane som kan rå på ein arbeidsplass. Det er viktig at dei av leiarane som tek imot kritikk eller får forslag på nye måtar å gjere ting på, ikkje går i forsvarsposisjon.

Ut ifrå mitt tidlegare kjennskap til pleie- og omsorgstenesta si organisering av det daglege arbeidet, bør det ikkje vere vanskeleg å få til faste arbeidsgrupper (team) rundt pasientane. Det kan sjå ut som at informantane ønskjer å organisere eigne pleiegrupper og faste kontaktpersonar for kvar pasient, slik primærsjukepleie har som intensjon. Primærsjukepleie

går ut på at nokre få tilsette i lag har eit spesielt ansvar for nokre få pasientar, men deltek i tillegg i pleia til fleire pasientar. Vil tru det allereie ligg til rette for å danne grupper på 5–6 tilsette (jf. kap. 2.1) slik arbeidet er organisert i dag, men at ein er bevist på å ikkje ta over ”heile” pasienten når ein som pleiepersonell får eit spesielt ansvar for nokre få. Her kan dei nytte den faglege ressursane som informantane sit inne med.

Ei spesiell bekymring informantane nemner i denne studien er erfaringar dei har med at ny kunnskap og informasjon ikkje alltid vert dokumentert. Informantane fortel at det er frustrerende at aktuell informasjon og kunnskap ikkje vert sikra nok, enten det gjeld munnleg eller skriftleg. Dette inneber blant anna korleis dei skal ta vare på og vidareføre viktig kommunikasjon medarbeidarane har med pasientar og pårørande, og det handlar mykje om faste rutinar som ikkje er sett i system, og at medarbeidarane ikkje er merksame nok på korleis viktig informasjon skal sikrast. Sjukepleiarane fortel vidare om dataverktøy som dei ikkje nyttar slik dei burde. Etter kva informantane fortel så burde det ha vore eit betre system/prosedyre på korleis ein skal nytte data og kva som er viktig å journalføre. Gode og enkle planar på pasientbehandling vil gjere at ein får betre oversikt og lett kan få tak i naudsynt informasjon for alle yrkesgrupper som jobbar med pasientane. God struktur på dokumentasjon for pleie og omsorg vil nok vere alfa og omega med så mange personar som jobbar ulike skift rundt pasientane slik det er i helse- og omsorgssektoren.

Slettebø m.fl.(2010) skriv i sin studie om nokre hemmande faktorar som gjer at det vert vanskeleg å utøve god helseteneste for helsearbeidarar. Forfattarane her avdekkjer fleire forhold som gjer det vanskeleg for helsearbeidarane å gi god behandling og omsorg og nemner manglande innflytelse på inntak av pasientar, dårleg kommunikasjon og samarbeid mellom sjukeheim og sjukehus, dårlege rutinar for samarbeid mellom ulike grupper av helsearbeidarar ved sjukeheimane, og til slutt manglande støtte frå leiinga og dårleg dokumentasjonssystem (ibid). Slik eg ser det, vil det vere ein fordel å satse meir på opplæring i informasjonsteknologi i denne sektoren. Det er nok mange som jobbar i denne sektoren som har minimalt med dataerfaring, mange tilsette er nok i den generasjonen som ikkje har vakse opp med IT som verktøy, og av den grunn er sjølvlærte når det gjeld datakunnskap. Dette kan vere ein grunn til at mange ikkje nyttar dette verktøyet slik dei burde, kanskje vegrar dei seg for å vise at dei manglar kunnskap her. Eller at tilsette opplever det som komplisert og tungvint og nyttar heller munnleg kommunikasjon grunna manglande opplæring og trening i å

nytte elektronisk verktøy. Dette kan vere eit problem også i andre delar av helsesektoren der ein nyttar elektroniske kommunikasjonssystem.

Eit døme på at det kan vere vanskar med å få til undervisning og faglege oppdatering på kunnskap i pleie- og omsorgssektoren kunne eg lese i ein artikkel i avisa Bergens Tidene i sommar (24.07.11). Helsetilsynet har utført kontroll om sjukeheimar rundt i Norge hadde følgd opp *Loven om pasientrettigheter* (2009) når det gjeld avgrensingar i bruken av tvang til pasientar med demens, utviklings-hemming og fysiske/psykiske forstyrningar. Alle sjukeheimane i undersøkinga hadde brote lova, og ved ein sjukeheim i Hordaland hadde dei funne fleire lovbrøt. Leiarane her innrømme at dei tilsette hadde manglande kunnskap på området og hadde difor i etterkant av tilsynet ”rydda plass” til kurs i samtykkekompetanse for 300 tilsette. Sjølv om tillitsvalde og tilsette har rapportert om problem knytt til dette hadde dei ikkje blitt tatt på alvor. To av fagforeiningsleiarane uttrykker at grunnen til at mange lovbrøt er avdekka er nok det høge talet av ufaglærte og bruk av vikarar ved sjukeheimane, og sjølv om dei får undervisning er dei uroa for kven som skal ha ansvaret for at lova vert følgd grunna manglande personar med kompetanse. Dette syner at det er mogleg å arrangere undervisning og kurs når ein må. Det må vere betre for helse- og sosialsektoren å tilby kompetanse-utviklande tiltak for å førebygge og legge til rette for ny kunnskapsutvikling etter kvart som samfunnet utviklar seg enn at tilsette vert halde utanfor og får irettesetting i etterkant.

Medarbeidarane som har opparbeidd seg eit godt sjølvbilete og sjølvrespekt gjennom arbeidet sitt, kan vere ei anna utfordring ved formidling av ny kunnskap, fortel informantane. Det vil seie at medarbeidarane vil kunne oppleve det som truande når sjukepleiarane her med ny kunnskap skal inn og endre godt etablerte rutinar og arbeidsmåtar. Dette kan vere noko av forklaringa på at dei viser noko interesse for ny kunnskap ved pasientsenga, men likevel ikkje endrar arbeidsmetodane sine, og vegrar seg for endring av rutinar og prosedyrar. Nonaka (i Krogh 2001) seier vi kan oppleve deltaking i kunnskapsutviklinga som trussel mot sjølve fundamentet for dei personlege forteljningane, det vil seie at folk vil fortelje om sitt liv, karriere, draumar, ønskjer, håp og vendepunkt, og freiste å imponere andre med sine spesielle hendingar og nedtone andre. Haukelien m.fl. (2009) skriv vidare at arbeidsfellesskapet kan utvikle ein viss form for fiendtleg innstilling når nokre av medarbeidarane vil endre på etablert praksis enn fleirtalet, og vil på den måten verte illojale mot systemet som finst på arbeidsplassen.

Det å arbeide i pleie og omsorgssektoren i dag vil eg hevde er stor grad av gruppelære, teamarbeid. Tilsette er i stor grad gjensidig avhengige av kvarandre gjennom pasientbehandling, det å vise omsorg og ta seg av "heile menneske" med alt det inneber. Det å fungere som eit team trur eg vert avgjerande for at tenesta skal verte god og at det førekjem kunnskapsutvikling. Mange tilsette som har vidareutdanna seg og fått auka kompetansenivå vil saman med erfaringsbasert kunnskap få fram nye måtar å løyse ting på innan sitt fagfelt. Det er personleg korleis ein oppfattar den nye kunnskapen sin, men eg vil tru at erfaring saman med teori kan opplevast ulikt hos ulike tilsette. Informantane vil nok tilføre ny kunnskap inn i dei erfaringane dei tidlegare har gjort seg, og det vert viktig at dei får dele kompetansen sin i lag med medarbeidarane.

Sjukepleiarane i studien min er opptekne av at denne erfaringsbaserte kunnskapen dei tileignar seg saman med teoretisk kunnskap kjem pasientar og medarbeidarar til gode. Målet for læring hos informantane kan nok sjåast i samanheng med erfaringane til sjukepleiarane i Skår (2010) sin studie. Sjukepleiarane der føler og eit overordna ansvar for at pasientane har god kvalitativ omsorg. Skår skriv i si avhandling at sjukepleiarane opplever å lære ut ifrå situasjonar der dei personleg involverer seg og har mot og styrke til å delta aktivt. Det er spesielt situasjonar som er knytte til utfordringar rundt relasjonar til pasient og pårørande. Sjukepleiarane i hennar studie seier dei må vere personleg involverte eller "bruke seg sjølv" for å få innsikt i komplekse situasjonar for å kunne bruke sin kunnskap tilfredstillande. Sjølv om sjukepleiarane er opptekne av kva moglegheiter arbeidsfellesskapet gir dei, ser dei som svært viktig at dei personleg involverer seg og viser engasjement i krevjande situasjonar med pasientar og pårørande for å få ny kunnskap (ibid).

Gjennom intervju i denne studien får eg inntrykk av at informantane vurderer det slik at om ikkje dei tek ansvar for kunnskapsutviklinga og implementerer ny kunnskap, vil pasientar og pårørande "gå glipp av" fagkunnskapen deira og lide for det. Nokre av sjukepleiarane her fortel at dei er usikre på om behandling og pleie vert god nok om dei ikkje er til stades på jobb og tek ansvar. Arbeidet i pleie- og omsorgssektoren som inkluderer nærkontakt med pasientar og pårørande, samt det å kjenne på kva arbeidet gir dei personleg, gjer at dei held ut mange år med å pleie eldre og sjuke. Arbeidet med pasientane oppveg alle dei andre utfordringane dei elles har i jobben. Sjukepleiarar med vidareutdanning kan godt hende skal vere dei som har

ansvaret for å styre denne kunnskapsutviklinga då dei har mest kompetanse og utdanning. Men dei må då kanskje bli flinkare til å delegere og søkje støtte hos medarbeidarane sine med å vidareføre arbeidet med å implementere ny kunnskap og tørre å ”sleppe frå seg” noko av dette ansvaret.

Ut ifrå funna mine vert det ei utfordring å utvikle ressursane i organisasjonen slik at medarbeidarane får brukt evnene sine og kan dele det med kvarandre. Det kan sjå ut som det manglar noko på struktur og system på korleis kunnskap og erfaringar skal takast i bruk i det daglege arbeidet i pleie- og omsorgstenesta, noko eg vil sjå litt meir på i neste avsnitt.

5.3 Kunnskapsutvikling i pleie- omsorgstenesta – behovet for system og struktur.

Studien min viser at det er viktig at det finst struktur og system for kunnskapsutvikling – det å dele kunnskap. Spesielt viktig vert dette kanskje når vi ser at læringsmiljøet ikkje er heilt slik som ønskt. Det å formidle ny kunnskap og sette kunnskapen i system viser seg å vere utfordrande.

Alle informantane fortel at kunnskapsutvikling på arbeidsplassen kunne ha vore i meir ordna former om det hadde vore betre system på korleis ein skal implementere den nye kunnskapen dei har tileigna seg gjennom vidareutdanninga. Ny kunnskap vil då kunne nå fleire av medarbeidarane. Sjukepleiarane nemner ønske om meir fast undervisning, krav om tilbakemelding av ny kunnskap, betre dokumentasjon, faste refleksjonsgrupper og oppretting av betre arbeidsteam rundt pasientane. Dei fleste informantane i denne studien trur dei ville ha sett betre nytte av ny kunnskap om leiinga hadde hatt endå meir tid til å delta i den daglege drifta. Då meiner informantane dei kunne få fleire faglege og strukturerte refleksjonar i arbeidet.

Det kjem fram hos sjukepleiarane eit ønske om at dei må bli flinkare med å få til eit betre system på korleis dei som eit arbeidsfellesskap skal utvikle seg med ny kunnskap. Informantane synest det var ei leiaroppgåve å prioritere korleis arbeidsplassen skulle administrerast slik at ein får rutinar på fagutvikling, som igjen kunne føre til kunnskapsutvikling for heile arbeidsplassen. Informantane gjentok fleire gonger ønske om fleire med same vidareutdanning eller liknande fagkunnskap. Slik kunne dei byggje eit fagmiljø som gjorde det lettare å innføre nye ting, å integrere den nye kunnskapen.

Fleire av informantane gav uttrykk for at betre struktur og system for både formell og uformell kompetanse er viktig. Det ville kunne gi medarbeidarane fleire arenaer til å diskutere seg fram til faglege løysingar på ulike utfordringar. Det å administrere og prioritere faste møte for refleksjon, internundervisning, studentrefleksjon, samt organisere arbeidsteam rundt enkelte pasientar, bør kunne vere mogleg å få til med å auke fokuset på dette arbeidet. Sjukepleiarane ønskjer at leiinga kan vere meir aktiv med å legge forholda til rette på arbeidsplassen slik at informantane som er motiverte for å dele kunnskap, framleis kan vere med å styre kunnskapsutviklinga. Eg ser at informantane er ein viktig ressurs i dette arbeidet, og at leiarane ikkje må vere redde for å styre dei i rett retning. Levin og Klev (2002) skriv vidare at det er aktørane i organisasjonen som må vere aktive og sjølve sjå meininga med dei måla som er ønskte på arbeidsplassen. For å få ein organisasjon som er i stand til å møte utfordringar og utvikle sine ressursar, må ein bruke prosessar der alle i organisasjonen er med (ibid).

Motet kan svikte hos informantane når medarbeidarane og leiinga ikkje tek initiativ eller viser interesse til å lære av den nye kunnskapen dei prøver å syne. Dei føler eit ansvar for at tenesta utviklar seg, men ansvaret kan raskt verte ei ekstra byrde i kvardagen når dei ser dei ikkje klarer å få arbeidsfellesskapet til å ta i bruk ny kunnskap. Nonaka (i Krogh 2001) skriv om den femte dimensjonen som er pågangsmot. Her vil han vise at til meir omsorg det er i relasjon mellom organisasjonsmedlemmene, til meir mot vågar dei å vise kvarandre. Ein treng mot for å våge å seie det ein meiner, samt å gi tilbakemeldingar til andre på ein positiv måte. Det er viktig å gi tilbakemelding slik at kunnskapsutviklinga går i rett retning og skaper gode sosiale prosessar. Det vert er viktig at leiarane støttar ei kunnskapsutvikling og legg til rette for at relasjonar og dialog kan formidlast i heile organisasjonen.

Sjukepleiarane i studien min føler ansvar for at arbeidet vert gjort tilfredsstillande sjølv når dei ikkje er på jobb. Betre oppfølging og betre prosedyrar for å sette kunnskapen i system vil nok her hjelpe mykje. Strand (2007:349) gir uttrykk for at offentlege leiarar må tørre å vise at dei treng positiv oppslutning frå organisasjonsmedlemmene. Han skriv at offentlig leiing som regel gir for lite merksemd til medarbeidarane, gir lite forklaringar på kvifor ein gjer slik ein gjer og kvifor avgjerdene vert som dei vert. Haukelien m.fl. (2009) peikar på i sin rapport at tilsette opplever at leiarane opptrer som lite fagleg aktive. Som elles i arbeidslivet kjem ofte dei økonomiske/administrative og faglege interessene i konflikt med kvarandre i denne tenesta.

Senge (2004:148) gir uttrykk for at der det førekjem individuell læring, er ikkje det same som at medarbeidarane samla som ein organisasjon lærer. Han definerer læring slik: *”Å lære betyr ikke her å tilegne seg mer informasjon, men å øke evnen til å skape resultatene som vi virkelig ønsker å få ut av livet. Det er livslang, skapende læring. Lærende organisasjoner er ikke mulige uten at de har mennesker som praktiserer denne læringen på alle nivåer.”* Som sagt er det høg grad av vilje hos informantane til å innføre og prøve ut ny kunnskap, men arbeidet med læring i organisasjonen inkluderer også at alle medarbeidarane, og spesielt leiarar, på alle nivå syner kvarandre tillit og omsorg, samt gir kvarandre tid og moglegheit i kvardagen for eit slikt utviklingsarbeid. Leiinga kan invitere informantane til dialog om å sette felles mål for kva dei ønskjer for all den kompetansen som finst på dei ulike arbeidsplassane, samstundes kan dei be om tid til å diskutere eit opplegg på kunnskapsutviklinga framover. Eg meiner at vidareutdanna sjukepleiarar er ein viktige aktørar i planleggingsprosessar på kva for kompetanse ein treng i framtida i helse- og omsorgsektoren. Det er dei som er ute i arbeidsfeltet og ser kva for kompetanse ein saknar.

Funna mine viser at informantane sjeldan får vere med i beslutningsprosessar som gjeld fagleg kvalitet og standard for tenesta. Informantane her vil nok vere ein stor ressurs når ein skal planlegge den vidare utviklinga av sektoren, og ikkje minst når ein ser kontinuerlig endring i kompetansebehovet og organisatorisk, jamfør ny stor helsereform i 2012, Samhandlingsreforma (2008–2009).

Ein kan spørje seg korleis kommunane har tenkt å løyse det kompetansebehovet som vil komme i kraft av ei slik reform og korleis denne kunnskapsutviklinga skal skje. Slik eg ser det, vil nok utviklinga gå stadig raskare slik den elles gjer i samfunnet, og her vert det viktig at ein kjem tidleg på bana med å planlegge utfordringane knytte til behovet for ny kunnskap. Ei utfordring eg ser med den nye helsereforma i 2012, er at kommunane ikkje har eit klart opplegg på kva denne samhandlinga skal gå ut på ved implementering. Kommunane har kanskje ikkje førebudd seg nok, men staten vil truleg innfører reforma sjølv om pengar, kompetanse og samhandlingsrutinar ikkje er avklart. Ei anna utfordring eg ser ut ifrå funna mine med den nye samhandlingsreforma er ansvarsfordelinga mellom dei ulike tenestene i kommunane. Skal denne reforma verte vellykka, bør det avklarast kven som skal ha ansvaret for kva i ei ny samhandling mellom ulike nivå i tenestene, dette gjeld nok både internt i kommunane og mellom førstelinje- og andrelinjetenesta. Det store ansvaret som informantane allereie kjenner på, vil nok ikkje minke ved ei slik reform med mindre ein tek tak i ansvarsfordelinga på førehand. Eg er redd for at planleggingsprosessane kjem seint i gang og at dei tilsette i helse- og omsorgssektoren kjem til å føle på eit endå større ansvar for kvaliteten på tenesta enn dei opplever i dag, med alt det kan føre med seg. Det er viktig at leiinga i kommunalsektor ser på arbeidsprosessane her.

Det er få planer på korleis ein skal nytte kompetansen som finst i organisasjonen, fortel sjukepleiarane i denne studien. Det viser seg at informantane heller ikkje veit så mykje kva formell kompetanse som allereie finst ved andre arbeidsplassar i kommunen. Nokre av sjukepleiarane fortel at dei ikkje har teke nok initiativ til å oppsøkje slik informasjon. Nonaka (i Krogh 2001) skriv at kunnskapsutviklarar er avhengige av intellektuell kapital. Difor må det ofte rapporterast kva for kunnskap som finst i organisasjonen og kva det vert behov for framover. Det er kanskje ikkje vanskeleg å sjå at arbeidstakarar med høg kompetanse og mange år med erfaring har vanskar med å finne seg til rette i miljø med manglande struktur og system på korleis kunnskap skal nyttast og verdsettast. Det å finne gode prosessar for kunnskapsutvikling vil eg tru vert endå viktigare når ny helsereform (st.meld. nr 47) skal implementerast.

Informantane mine fortel om eit ønske med å arbeide meir fast i team der ein kan følgje opp pasientane betre og sikre at naudsynt informasjon kjem fram til dei som treng den. Sjukepleiarane fortel at dei tilsette allereie er delt inn i pleiegrupper, men at desse gruppene er til dels store og er prega av liten kontinuitet, det vil seie tenesta har mange tilsette i små stillingar og dermed vert det mange forskjellige personar på vaktene i løpet av ei veke. Arbeidsplassen har såleis ikkje godt nok system og struktur, slik eg ser det, på korleis all erfaring og kunnskap kan nyttast til det beste for pasientane og pårørande. Velten m.fl. (2008) skriv at skal ein få til ei utvikling på arbeidsplassen må klimaet vere prega av openheit, fellesskap, engasjement og ansvar, og leiarane har ei viktig oppgåve med å støtte og gi anerkjenning til medarbeidaren som gir positive bidrag.

Velten m.fl. (2008:117) peikar også på at det er viktig å ha struktur på arbeidsgrupper og leiing, og skriv: *”At gruppens utvikling kan påskyndes ved hjelp av en god struktur som leder gruppen gjennom de forskjellige fasene på en raskere og mindre smertefull måte. Vi behøver bare å gå til våre egne erfaringer for å forstå dette. Hvem har vel ikke vært i en gruppe hvor vi har ønsket at noen skulle ta ledelsen og strukturere det hele, slik at det kunne bli litt orden og fremdrift.”* Det er viktig å ha fokus på det fysiske miljøet rundt der det skal skje kunnskapsutvikling og at ein utfordrar det mentale rommet, det vil seie at sjukepleiarane bør kunne dele felles tankar, opplevingar og kjensler ein har med arbeidsfellesskapet.

Ei leiing med vekt på kunnskapsutvikling vil føre til eit organisert rom og meir tid som kan skape auka vilje i organisasjonen til å heve kunnskapsnivået som igjen vil auke kvaliteten på pleia. Nokre av informantane fortel at dei ofte vert sett i ein posisjon der dei føler dei må velje om dei skal ha fokus på utvikle og ta i bruk ny kunnskap, eller om dei skal tilfredsstille medarbeidarane med å ta del i alt av grunnleggande stell og omsorg rundt pasientane. Informantane fortel om ei forventning frå medarbeidarane at dei som yrkesgruppe deltek i alt av pasientarbeid, og fortel vidare at dette går utover tid til å ha eit overordna blick for at tenesta utviklar seg i rett retning og at ein held fagleg standard. Dette samsvarar med det Kvamme og Bjerke (2003) skriv om likskapsidealet i kommunesektoren, der ein er prega av eit miljø som krev at alle tilsette, same kva kunnskap og erfaring dei har, skal delta i alle arbeidsoppgåver rundt pasientane. Her kan nok leiarar vere med å støtte og fordele oppgåver og sette standardar på korleis tenesta kan utvikle seg fagleg sett. Slik kan dei utnytte

kompetansen og få til ei kunnskapsutvikling med å ha klar struktur på kven gjer kva, med det resultat at det vert ein akseptert praksis i arbeidsfellesskapet. Tettare samarbeid av fagleg kompetanse og nærvær av leiar i den daglege drifta vil vere med å hindre at likskapsidealet får bre seg blant medarbeidarane. Det å vere nær der arbeidet vert utført, kan gjere at ein vert betre i stand til å forklare og rettleie ufaglærte og andre som eventuelt ønskjer at alle skal vere med i ein felles "dugnad" med å pleie pasientane til ei kvar tid. Det kan vere vanskeleg for ufaglærte og tilsette i små stillingar å sjå kva som vil heve kvaliteten på tenesta til pasientane, men ein skal og vere observant på at mange av dei ufaglærte kan komme med mange gode bidrag til organisering av arbeidet i kraft av si erfaring. Her vert faste refleksjonsgrupper eit viktig forum.

Leiarane i helse- og omsorgssektoren er kanskje forsiktige med å stille for store krav til dei tilsette fordi dei har i realiteten avgrensa tid til å følgje dei opp i praksis, skriv Haukelien m.fl. (2009). Dette kan nok vere realiteten for mange leiarar i pleie- og omsorgstenesta og kanskje vil nokre av dei oppleve den nye kunnskapen som truande. Samt at ny kunnskap vil føre til endringar og meirarbeid, som igjen vil krevje meir av kvar enkelt tilsett. Informantane ser at det vert stilt auka krav til nærmaste leiar når det gjeld økonomiske tilhøve. Nokre av sjukepleiarane fortel vidare at dei trur mykje av arbeidet til mellomleiarane går med til å følgje opp administrativt etter kvart som leiing og politikarar over dei gjer vedtak. Det vert forventa samstundes av mellomleiarar deltek i mange møte for å få til god samhandling mellom tenestene som omhandlar pasientane. Døme her kan vere fysio- og ergoterapeut-tenesta, psykiatritenesta og i spesialisthelsetenestene. Det er mange oppgåver å løyse for mellomleiarane både når det gjeld fagansvar og ansvar for personalet i tillegg til alle andre krav som vert stilt frå ulike hald i helse- og omsorgssektoren. Særleg utfordrande vert det når politikarar og leiinga i kommunane synest det er vanskeleg å prioritere blant svake grupper i samfunnet (jf. Vike m.fl. 2002), og overlet ansvaret til mellomleiarane å foreta slike vanskelege val.

Det kan vere vanskeleg for leiarane å prioritere kva for teneste dei skal tilby dei ulike innbyggjarane i helse- og omsorgssektoren ut ifrå ressursane dei har til rådvelde. Eg har sjølv opplevd at det kan fort komme til konflikt mellom dei ulike tenestene i kommunane (mellom institusjonsbasert omsorg og heimetenestene) når det gjeld tildeling av kva omsorgsnivå dei

ulike pasientane skal plasserast i, slik Vike m.fl. (2002) skriv om. Mi tidlegare erfaring, i kraft av å ha vore leiar for begge tenestene samstundes, skriv seg frå då eg var medlem i inntaksnemnda som skulle tildele pasientar sjukeheimplass eller gjere vedtak på hjelp i heimetenesta. I den nemnda var det nettopp slike diskusjonar om kor mange pasientar institusjonen kunne ta imot utan at det fekk for store negative konsekvensar for dei tilsette og den faglege hjelpa ein kunne tilby pasientane. Samstundes opplevde heimetenestene at dei aldri kunne seie stopp for kor mange pasientar /brukarar dei kunne ta imot etter kvart som pasientane vart utskrivne frå sjukehus eller at pleietyngda auka rundt om i heimane. Eg opplevde utsegn frå heimetenesta som: *Vi får berre plassere sengene oppetter gata her vi*, i sin frustrasjon over auka tal av alvorleg sjuke pasientar i heimane. Slitasje og tilgang på nok arbeidskraft vart ofte diskutert i møte mellom desse to ulike tenestene i pleie- og omsorgssektoren. I helse og omsorgssektoren er det relativt få leiarar per tilsett enn i andre næringar, spesielt på det nivået som driv med pasientretta arbeid (NOU 2010). Ut i frå funna i denne studien og egne erfaringar ser eg at meir fokus på samarbeid og fagleg utveksling kan vere med å gi ei betre økonomisk styring då fleire med mynde jobbar saman i den daglege aktiviteten og ser kvar ”skoen trykker”. Vil tru at det å utveksle erfaringar og samarbeide vil bidra til at ulike arbeidsplassar innan same sektor kan unngå å gjere dei same dyrekjøpte erfaringane som kostar både økonomiske og menneskelege ressursar.

Leiinga vil nok framleis få auka krav frå alle hald i samfunnet, og vil nok prøve å gjere så godt dei kan. Slik eg ser det, er det nok strukturen rundt dei som sviktar som kunne har gitt dei meir levelege vilkår. Det vert viktig å halde fokus på fagleg kunnskap og ta vare på dei ressursane som ein finn i tenesta, og heller prøve å endre på struktur og system slik at utvikling av kunnskap kan skje. I tillegg til store forventningar for å løyse kapasitetsproblema i pleie- og omsorgssektoren viser det seg at tenesta slit med høgt sjukefråvær. NOU-rapporten ”Arbeid for helse” (2010:13) peikar på at pleie- og omsorgstenesta i Noreg i dag har høgare sjukefråvær enn andre tenester. Planlegging av kva for ressursar ein har tilgjengeleg i forhold til den daglege arbeidsmengda kan difor vere vanskeleg. Og til større krav vil dette stille til leiarskap i tenesta. Haukelien m.fl. (2009) skriv at leiarane i helse- og omsorgssektoren forventar at medarbeidarane løyser dei store kapasitetsproblema som allereie finst i denne tenesta, og at dei sjølve passar på at ikkje kvaliteten på tenesta vert *for* låg. Dette kan raskt verte realiteten då oppgåvene i pleie- og omsorgssektoren veks i takt med den medisinske

utviklinga og mange vert sjukare og lever lenger, jamfør samhandlingsreforma. Pleie- og omsorgssektoren vil difor få utfordringar med å skaffe seg kvalifisert personale og det set krav til korleis sektoren skal organiserast i åra som kjem, samstundes som dei skal ta omsyn til regjerande budsjett. Ein kan spørje seg kva som gjer at leiing og kunnskapsutvikling har så dårlege vilkår i denne sektoren.

Ein skal vere observant på faren for at sjukepleiarane her kan brenne seg ut når dei er mykje åleine med å vere pådrivarar for ny kunnskap, og/eller at det manglar struktur og system på korleis kunnskapen som vert produsert skal komme arbeidsfellesskapet til gode. Nonaka (i Krogh 2001:47) skriv at varsel på svekka indikatorar i organisasjonen til dømes kan vere: Gjennomtrekk av arbeidsstokken, tal på kollega som ikkje nyttar data, gjennomsnittlege utdanningsnivået med meir. Då vert det endå viktigare at kunnskapsleiarane har eit ansvar for at kunnskapsstyringa til kvar tid er på rett kjøll, av di kunnskapsutviklinga er ein dynamisk prosess som inneheld bidrag frå mange tilsette i organisasjonen. Det er viktig at kunnskapsutviklinga vert styrt frå toppen og vert formidla utover heile organisasjonen, og alle leiarar kan vere ”omsorgsekspertar” om dei bestemmer seg for å ha fokus på det arbeidet.

Til slutt vil eg nemne at trass i mangel på system og struktur når det gjeld å ta vare på ny kunnskap og auke kunnskapsnivået på arbeidsplassen, vert informantane her verande i jobben sin, med nettopp den drivkrafta og motivasjon om at dei med sin kunnskap og erfaring kan endre forhold ved arbeidsplassen slik at pasientar og pårørande får optimal pleie og omsorg. Sjølv om informantane erfarer å vere få med spesialkunnskap og dermed få å reflektere faglege forhold med, gir dei ikkje opp arbeidet med å få endra praksis og få til nye rutinar. Det initiativet og interessa som sjukepleiarane her viser for arbeidet med å innføre ny kunnskap, burde komme i system slik at medarbeidarane fekk dra nytte av den i langt større grad enn dei gjer i dag. Det verkar som ny kunnskap vert fanga opp litt tilfeldig etter kven som jobbar saman med informantane ved ”pasientsenga”.

Kap. 6.0 Samanfatning og konklusjon, samt vidare forskning

6.1 Samanfatning og konklusjon

Ved hjelp av resultatpresentasjonen og drøfting vil det no kome ei samanfatning og konklusjon og eit forsøk på å svare på problemstillinga: **Korleis erfarer vidareutdanna tilsette i pleie- og omsorgsektoren at deira kompetanse bidreg til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen.** Svaret på dette spørsmålet kan delast i tre hovudpunkt: 1; Behovet for motivasjon og drivkraft til personleg utvikling, 2; Behovet for å dele kunnskap i ein lærande organisasjon, 3; Behovet for system og struktur for kunnskapsutvikling.

6.1.1 Behovet for motivasjon og drivkraft til personleg utvikling

Funna mine syner at informantane erfarer at dei får motivasjon og drivkraft gjennom arbeidet med pasientar og pårørande. Målet deira er at pasientane skal få best mogleg omsorg og pleie. Ut ifrå vidareutdanninga som informantane har gjennomført, får dei kunnskap som driv dei vidare med å utvikle pleie- og omsorgstenesta. Gjennom resultatprestasjonen min kan ein sjå at det er framleis stor iver hos sjukepleiarane for at ny kunnskap kjem fram i arbeidsfellesskapet.

Sjukepleiarane hentar vidare motivasjon ut ifrå eigen refleksjon av ny kompetanse saman med tidlegare erfaringar, og dei føler eit personleg ansvar for kvaliteten på tenesta i kraft av å vere sjukepleiarar med spesialkompetanse. Informantane er få med vidareutdanning på kvar sin arbeidsplass og dei fortel at dei tek initiativ og føler eit stort ansvar, både for seg sjølve og medarbeidarane, for utvikling av ny kunnskap. Det er nettopp den individuelle ansvarskjensla for pasientar og pårørande, saman med ny kunnskap, som driv dei til å prøve å endre på system og struktur på arbeidsplassen.

Den store ansvarskjensla informantane kjenner på, kan ein forklare med at pleiepersonell ofte er ansiktet utad i helse- og omsorgssektoren. Det er dei som møter pasientar og pårørande ansikt til ansikt i kvardagen. Det vert nok slik at dei svake i samfunnet, inkludert eldre og

sjuke som treng pleie, vekker ei omsorgskjensle hos oss menneske. Ein kan forstå ut ifrå teori og drøfting i denne studien at det vert vanskeleg for politikarar, leiarar og pleiepersonell å foreta prioriteringar innanfor gitte økonomiske rammer når ein har ansvar for å yte hjelp til dei svakaste i samfunnet. Slik eg ser det, vert det spesielt vanskeleg for informantane mine når det i tillegg er mangel på omsorg i relasjon med medarbeidarane og at informantane til tider opplever uklare retningslinjer og grense på kva hjelp ein kan tilby pasientane.

Ansvarskjensla kjem og til syne når sjukepleiarane erfarer at dei er få på arbeidsplassen med spesialkunnskap innan sine fagfelt. Ansvar med å innføre ny kunnskap og utvikle tenesta kjem til uttrykk gjennom at informantane føler om dei ikkje er til stades på jobb med sin kunnskap, vil pasientane merke det gjennom å få forringa hjelp. Sjukepleiarane er uroa for at all informasjon som gjeld pleie og behandling ikkje alltid når fram til pasientane. Dei forsøker blant anna å endre rutinar og system og ”masar” på medarbeidarane for å få til endring gjennom refleksjon. Eit spesielt fokus som opptek alle sjukepleiarane i studien min er arbeidet med å endre enkelte haldningar kollegane har overfor pasientar og pårørande, og til å utvikle ny kunnskap etter kvart som dei sjølve får meir kunnskap.

Gjennom arbeidet med denne oppgåva ser eg at det manglar noko på individuell omsorg og støtte til den motivasjonen informantane syner for å implementere ny kunnskap.

Sjukepleiarane opplever å ha hovudansvaret for å styre kunnskapsutviklinga ute på dei ulike arbeidsplassane, men det føreset at dei opplever støtte og omsorg slik at dei ikkje står åleine med dette viktige arbeidet. Informantane vil gjerne vere med i faste refleksjonsgrupper, fagmøte og i beslutningsprosessar som gjeld kompetanse- og organisasjonsutviklande tiltak. Det vert her viktig å motivere vidare for å utvikle kunnskapen og legge til rette for eit godt fagmiljø, kanskje på tvers av dei ulike arbeidsplassane.

I og med at det er få med spesialkunnskap på kvar arbeidsplass, vert det viktig for denne kommunen, og kanskje andre kommunar, å samle fagkunnskapen slik at ein kan få eit felles tverrfagleg samarbeid på kva kompetanse denne sektoren treng i åra som kjem. Ei av utfordringane eg ser når det gjeld implementering av den nye samhandlingsreforma i 2012 (st.meld. nr. 47) er om kommunane får på plass den kompetansen det vert behov for her. Fleire oppgåver skal overførast til kommunane og ein skal ha større samhandling mellom helsenivå, ikkje minst med tanke på førebygging. Dette vil krevje strukturendring på kvar ein

skal tilby spesialkompetanse, då det til no har vore tradisjonelt å satse på utdanning av spesialistar i helseføretaka. Slik eg ser det, må nok mange små kommunar samarbeide endå tettare med spesialisthelsetenesta om spesialkunnskap og fordelinga av den. Informantane i denne studien vert ein viktig ressurs i dette planleggingsarbeidet for å sikre at ein er førebudd på dei utfordringane som kjem i helse- og omsorgssektoren. Samstundes kan informantane her vere med på å sette ord på det ansvaret dei føler for kvaliteten på tenesta.

Det kan vere vanskeleg å seie noko om dette høge ansvaret som spesielt kvinner i helse- og omsorgssektoren tek, skuldast oppvekst/oppdraging, utdanningsforma eller om det vert overført til dei frå administrasjon og politikarar i kommunane. Sjukepleiarane i denne studien tek personleg initiativ til å utdanne seg. Dei tek eit spesielt ansvar i pleia og føler sterkt for jobben sin. Informantane her vil oppleve å få auka personleg meistring. Høg grad av personleg meistring gjer at personar/tilsette tek lettare initiativ, lærer raskare, føler meir ansvar for både sine egne og andre sine handlingar, skriv både Senge og Nonaka i teorikapittelet. Eg erfarer gjennom studien min at tenesta kan vere stolt over at tilsette kjenne eit slikt engasjement for jobben sin, men at ressurssterke personar treng støtte og omsorg slik at dei tør å bruke og utvikle den stemma dei har i arbeidskvardagen.

6.1.2 Behovet for å dele kunnskap i ein lærande organisasjon

Funna mine viser at dei ulike arbeidsplassane har motiverte kunnskapsformidlarar gjennom informantane her. Men det vert vanskeleg å sjå dei resultata som sjukepleiarane forventar om ikkje fleire i organisasjonen er med på å ta ansvaret for kunnskapsutviklinga. Det vil seie i fellesskap gjere kjent og ta i bruk ny kunnskap som vil gi ei betre utvikling og vekst hos alle medarbeidarane.

Informantane fortel at dei som organisasjon treng å få på plass ein del føresetnader for at arbeidsfellesskapet skal kunne dele kunnskap. Drøftinga syner at pleie- og omsorgstenesta vil kunne få mykje meir ut av ny og utviklande kunnskap om tilsette vert oppfordra til å syne ny kunnskap og miljøet legg til rette for at kunnskapsutveksling kan førekomme. Informantane sit inne med både erfaringar og formell kompetanse som dei ikkje får dele med arbeids-

fellesskapet slik dei ønskjer. Slik sett kan denne sektoren få mykje meir ut av ny kunnskap om ein endrar på fagleg fokus og organisering av arbeidsflyten i kvardagen.

Informantane syner gjennom intervjua at ein kan legge til rette og sikre informasjonsflyten på ein betre måte (t.d. nytte dataverktøy), motivere meir og legge til rette for undervisning på arbeidsplassen. Tid til refleksjon og gi tydeleg støtte til fagpersonar med spesialkunnskap i kvardagen vert her viktig, samt å legge meir til rette for fagmiljø og tverrfagleg samarbeid. Auka vekt på refleksjon i arbeidstida kan nå mange ufaglærte som jobbar i denne sektoren og slik få fleire interessert i ny kunnskap. Ein bør her planlegge faste refleksjonsgrupper der ein har som mål å få fram taus kunnskap slik at fleire kan få ta del i erfaringane medarbeidarane gjer seg. Slik læring vil vere til stor nytte for alle i arbeidsfellesskapet. Denne form for kunnskapsutveksling vil nok opplevast som svært nært og nyttig i arbeidet der tilsette dagleg er i relasjon med menneske i sårbare situasjonar. Slike døme kan vi også sjå i andre studiar som i Skår 2010, Bakken Nilsen 2008, Gjerberg/Amble 2009, Kvamme/Bjerke 2003. Desse studiane syner fleire ulike tiltak som kan gi eit betre utgangspunkt for at fleire på arbeidsplassen kan dele kunnskap slik at organisasjonen får ein kunnskapsvekst samla sett.

Vidare syner resultatpresentasjonen og drøftinga at sjukepleiarane erfarer at den meste av kunnskapsutviklinga førekjem i lag med kollegane ved "pasientsenga". Dei ser resultat av ny kunnskap gjennom tilbakemeldingar frå pasientar og pårørande på arbeidet både dei sjølv og medarbeidarane utfører. Dette gjer at informantane trivst i jobben og ønskjer å dele meir av erfaringane og kunnskap med kollegane. På ei anna side fortel informantane at dei er usikre på kor stor interessa for ny kunnskap er hos medarbeidarane. Denne usikkerheita skaper ein del frustrasjon rundt på kva måte og korleis dei skal formidle ny kunnskap. Sjukepleiarane saknar såleis gode relasjonar og omsorg blant medarbeidarane slik at miljøet for læring vert optimalt. Medarbeidarskaphjulet til Velten m.fl. (2008:100) syner at gode relasjonar kan skje gjennom å skape eit miljø som er prega av openheit, fellesskap, engasjement og ansvar slik at medarbeidarane i fellesskap kan få til ei godt læremiljø. Målet er at kollegane får trene på å fininnstille samarbeidet rundt pasientane gjennom å ha eit arbeidsmiljø som tillet at ein prøver og feilar. Sjukepleiarane kan jobbe hardt individuelt kvar for seg, men det vert vanskar med å sjå effektiv laginnsats om ein ikkje har fokus på å trene og fininnstille samarbeidet med det formål å utvikle kunnskapen og gjere tenesta endå betre. Slik eg ser det gjennom

informantane mine, er det stor vilje og interesse for å vere med på arbeidet med å utvikle tenestene, dei ventar berre på å bli inviterte inn i arbeidet.

Teori og drøftinga mi syner at det å kunne dele kunnskap er ein viktig og stor jobb i det daglege for at arbeidsplassen skal kunne vidareutvikle seg både fagleg og arbeidsmiljømessig. Funn viser at erfarne sjukepleiarar er viktige aktørar for kunnskapsutvikling på dei ulike arbeidsplassane. Dei sit inne med erfaringar og ny kunnskap som dei andre medarbeidarane på arbeidsplassen ikkje har. Informantane fortel om utfordringar når det gjeld å kunne dele ny kunnskap både på det individuelle plan og i lag med kollegane. I den samanhengen ønskjer dei fast struktur på korleis dei kan formidle og utvikle kunnskap. Her nemner sjukepleiaren faste undervisningstider, undervisningskrav til dei som spesialistar på enkelte fagområde og kompetanseplanar som døme. Struktur på korleis kunnskapsutviklinga skal førekomme og meir støtte av leiarane vil vere med på å hjelpe informantane som enkelt individ å tørre å syne ny kunnskap (jamfør likskapsidealet i studien til Kvamme og Bjerke 2003).

Det kan verke som kommunane må førebu seg på eit stort kunnskapsløft, gjennom implementeringa av ny stor helsereform, Samhandlingsreforma (2008–2009). Noko av denne førebuinga kan eg sjå kan vere aktuelt med eit breiare samarbeid med høgskular om kompetanseutviklande tiltak på ulike område i sektoren. Her kan ein tilby viktig og relevant kunnskap til alle tilsette (pleiepersonell) i små bolkar, og kanskje organisere fast undervisning på arbeidsplassane. Mange kommunar vil nok, som sagt, måtte samarbeide om kunnskapsutviklande tiltak og personell i høve ny samhandling gjennom reforma. Dette håper eg vil vere med på å legge til rette og halde fokus på at pleie- og omsorgstenestene kan vere ein lærande organisasjon på tvers av kommunegrenser. Arbeidet fordrar at medarbeidarar inkludert leiinga set dette arbeidet på dagsorden. Kompetanseutviklinga må vere ein del av organisasjonen si satsing. Utviklinga innan behandling og pleie av pasientar i helse- og omsorgssektoren vil til liks med all anna utvikling i samfunnet gå raskare og krevje høg kompetanse. Det vert difor viktig å legge til rette for at medarbeidarane i denne sektoren får oppleve personleg meistring, tid og plass til å dele kunnskap, samt oppleve gode vilkår for leiing slik at alle tilsette kan utfolde seg i eit miljø med vekt på læring.

6.1.3 Behovet for system og struktur for kunnskapsutvikling

Sjukepleiarane i denne studien fortel at dei opplever å ha ansvar for og styrer det meste av kunnskapsutviklinga på arbeidsplassen. Å ha ansvar for å styre kunnskapsutviklinga ser eg som ein naturleg del av det å tileigna seg spesialkompetanse i tillegg til arbeidserfaring, noko som informantane mine har. Sjukepleiarane saknar i det høvet meir struktur og eit system slik at kunnskapsutvikling og utveksling av kunnskap får eigna forhold. Det å få kunnskapen i system vil vere eit leiaransvar. Sjukepleiarane fortel at det førekjem mykje bra kunnskapsutvikling i pleie- og omsorgstenesta i direkte pleie med pasienten, men det å få sett denne kunnskapen i system slik at medarbeidarar og andre pasientar drar nytte av den seinare, manglar.

Manglande prioriteringar i løpet av arbeidsdagen med å sette av tid til kunnskapsutveksling kan skape utrygge kunnskapsutviklarar. Det kan ein sjå til dømes gjennom at faste møte og undervisning vert utsett og at ein ikkje har ein kontekst der læring og utvikling av ny kunnskap er kjent for medarbeidarane. Det å ha system og struktur rundt kunnskapsutviklinga vil gi dei rammene som sjukepleiarane her treng for å vere med på å få fram kunnskap slik at dei ulike arbeidsplassane kan nytte den. Målet må vere å auke kvaliteten og sette standardar på tenesta.

Vidare kan eg tolke ut ifrå drøftinga og resultatpresentasjonen min at organiseringa av administrative oppgåver i pleie- og omsorgstenestene i dag er slik at det vert vanskeleg for leiinga å vere synlege i den daglege aktiviteten. I slike tilfelle vert det endå viktigare med god struktur og vere bevisst på kva for kvalitet ein vil ha på tenesta samstundes som ein tek vare på arbeidsmiljøet. Godt klima på arbeidsplassen er eit viktig grunnlag for læring. Manglande tid og fokus på utvikling av ny kunnskap hos leiinga slik samfunnet krev, vil ikkje verte betre om ein set dette viktige arbeidet til andre medarbeidarar på arbeidsplassen som ikkje har vilje eller kunnskap til å sjå verdien med å utvikle tenesta. Det er nok ei oppgåve for leiinga å legge til rette for læring slik at ein ser ei utvikling hos alle i organisasjonen. Leiinga må kartlegge kven som tek initiativ, har ressursar og interesse for å utvikle organisasjonen i lag med dei vidare. Ved å involvere alle tilsette i kunnskapsutviklande tiltak på arbeidsplassen, meiner eg vil gi resultat i endå betre pleie- og omsorg til pasientar og pårørande.

Ein måte å halde ut på i ein organisasjon som manglar fast struktur på utvikling av kunnskap, kan vere å ikkje overromantisere medarbeidarane sine og ikkje late seg stresse om ein ikkje ser resultat, skriv Senge (2004). Gjennom arbeidet med denne masteroppgåva syner det seg at det personlege behovet for få auka kunnskap og at ein føler at ein meistrar å dele kunnskap er viktig. Det vil seie at informantane opplever det tilfredsstillande for si eiga utvikling med auka læring. Gjennom drøftinga kan ein nok sjå at fleire av informantane let seg påverke av at resultatet av ny lærdom ikkje kjem fram til pasientane slik dei ønskjer. Eg tolkar det slik at det stressar sjukepleiarane litt i arbeidskvardagen at kunnskapsutveksling har så liten prioritet. Her må organisasjonen vere observant på å ta vare på ressurssterke medarbeidarar slik at ikkje fagpersonar flyktar frå arbeidsplassen eller vert sjukmelde, og ein får ein organisasjon prega av uro. Læring og utvikling kan planleggast, men det er medarbeidarane som i lag deltek i læringsprosessane, saman med påverknad av omgjevnaden, som avgjer resultatet, skriv Nonaka i Krogh 2001.

Utfordringar ein ser velferdsstaten vil stå overfor, fordrar at samarbeidet mellom første- og andrelinjetenesta har gode system og struktur på korleis kunnskap skal nyttast til det beste i eit brukarperspektiv, jamfør samhandlingsreforma(2008–2009). Her vert det viktig at kompetansen som allereie finst i kommunesektoren må kartleggast og ein må kartlegge kva behov tenestene ser framover. Det er viktig å presisere at leiarar i helse- og omsorgssektoren har ansvar for ein sektor som krev høg kompetanse og sterk leiing, men samstundes er tenesta prega av sterkt politisk styre frå departementa slik at det vert vanskeleg å sette gode standardar for tenesta. Eg ser føre meg at samarbeidet mellom ulike helsenivå kan verte utfordrande då tidlegare masterarbeid (Stavang 2008) syner at slik samhandling med eldre brukarar fungerer dårlegare i dag enn samhandling med til dømes yngre kreftpasientar. Eldre brukarar i helse- og omsorgssektoren vert den store gruppa som samhandlingsreforma vil gjelde for når ein ser på den demografiske utviklinga. Ein vil måtte byggje på det som fungerer i dag med samhandling, til dømes ambulerande team med ulik fagkunnskap der både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta deltek, til ein får bygd opp den kompetansen ein treng i helse- og omsorgssektoren. Dette kjem i tillegg til dei utfordringar vi ser allereie i dag med store kapasitetsproblem, og at budsjetta i kommunane ikkje alltid står i samsvar med dei krava brukarane stiller til tenestene, jamfør Vike m.fl. (2002).

Slik eg ser det, må det avklarast nokre roller med kven i helse- og omsorgssektoren som har ansvar for kva i det nye kunnskapsløftet vi ser vil komme gjennom ei slik reform. Dette for å unngå utbrentheit, sjukefråvær og flukt frå organisasjonen og for å oppnå ein organisasjon som trivst i kunnskapsveksten. Pasientar og pårørande vil nok ha store forventningar til dette samarbeidet, og mange utfordringar må løysast knytt til å ha rett kompetanse på rett plass. Men samstundes ser eg at dette kan gi eit stort løft for pleie- og omsorgssektoren der kunnskap og kunnskapsutvikling vert prioritert høgt og at forventningar om teamarbeid, ambulerande team, mellom faginstansar vil gi denne sektoren auka fokus på kunnskapsarbeidet. Kanskje vil det føre til at tilsette som har teke ei vidareutdanning og/eller auka kompetansen sin på andre måtar, får oppleve anerkjenning og bli sett som dei fagpersonane dei er.

6.2 Refleksjonar kring framgangsmåte

6.2.1 Utvalet

I starten av masterarbeidet tenkte eg at sjukepleiarar var den yrkesgruppa som hadde flest personar med vidareutdanning. Eg ser i ettertid at eg kunne i tillegg ha valt andre yrkesgrupper. Til dømes hjelpepleiarar/omsorgsarbeidarar med vidareutdanning og som har mange år med erfaring kunne ha gitt meg breiare informasjon i forhold til problemstillinga mi. Eit meir tverrfagleg utval vil kunne gjere at andre yrkesgrupper innan same arbeidsplass fekk komme med sine erfaringar når det gjeld å dele kunnskap. Det viser seg i arbeidet med studien at sjukepleiarar med vidareutdanning arbeider mykje åleine med sin fagkunnskap, kanskje vil eit utval med hjelpepleiarar, omsorgsarbeidarar eller vernepleiarar fått fram andre moment når det gjeld kunnskapsutvikling i pleie- og omsorgssektoren.

Ettersom eg let ein fagkoordinator plukke ut informantane mine, veit eg ikkje om eg fekk eit spesielt utval av informantar som har like erfaringar. Men ut ifrå at dei arbeider ved ulike arbeidsplassar og har ulike leiarar, vil eg tru at eg har fått reflektert og variert informasjon omkring forskingsspørsmålet mitt. Det eg veit er at dei informantane som fagkoordinator først spurde, er dei som takka ja til å dele denne informasjonen med meg. Informantar som gjennomfører eit samtaleintervju kan sette seg i ein sårbar situasjon der eg som forskar kjem

utanfor deira miljø og skal forske/tolke ytringane i ein kontekst. Mange informantar kan i den samanheng halde tilbake informasjon om dei er utrygge på resultatet. Sjukepleiarane eg har intervjuar har vore svært opne og villege til å dele sine erfaringar med meg.

Det at eg sjølv er utdanna sjukepleiar kan sjølvstund vere ein fare for at eg ikkje fekk fram all informasjon som ein annan utan denne bakgrunnen ville ha fått. Men eg føler at nettopp at eg hadde ein viss kjennskap til det faglege feltet gjorde at det vart lett å kommunisere med informantane og samtalanane resulterte i mykje informasjon på kort tid.

Når eg no har tolka mine data og resultatane av dei personlege intervjuane, må ein ta atterhald om at ikkje noko nivå av leiinga i kommunen har fått komme med sine synspunkt. Ulike nivå på leiinga i kommunen kunne ha vore ei gruppe av informantar, men av oppgåva si avgrensing valte eg å ikkje innhente data frå denne gruppa. Det at informantane mine kjem med mange samanfallande svar på dei ulike spørsmåla i forhold til intervjuguiden min, føler eg kan vere med på å beskrive tilhøva akkurat no i pleie- og omsorgstenesta når det gjeld erfaringar dei har med kunnskapsutvikling.

6.2.2 Intervju, transkripsjon og analyse

I forkant av intervjuet var eg litt usikker om eg fekk den informasjonen eg ønskte ut ifrå intervjuguiden. Det at eg er sjukepleiar og har tidlegare jobba i pleie- og omsorgstenesta, gjorde at eg ikkje ville lese for mykje om temaet før eg starta med å intervju informantane for å unngå å stille leiande spørsmål. Det å ikkje ha for mykje informasjon om tema på førehand førte til at eg var ikkje så opptatt undervegs i samtalanane om svarene eg fekk stemte overeins med den litteraturen eg hadde fordjupa meg i. Dette for å påverke informantane i minst mogleg grad.

Det kan vere at informantane synest at nokre av ordane eg nytta i intervjuguiden var vanskelege å forstå kva eg ville ha svar på, til dømes kunnskapsutvikling. I dei tilfella informantane ville eg skulle omformulere spørsmålet, var eg bevisst på å ikkje stille leiande spørsmål, men heller

prøve å nytte dei planlagde underspørsmåla. Dette synest eg gjekk fint. Eg har fleire gonger søkt tilbake til opptaka / datamaterialet som eg gjorde med Mp3 - spelaren under transkripsjonen, og det arbeidet vart nok lettare for meg sidan eg åleine stod for dette arbeiddet. Eg sjekka også om eg hadde gjengitt rett referat av sitata eg nytta i resultat-presentasjonen for å validere utsegna. Gjennom masteroppgåva mi har eg ikkje utvikla nye omgrep eller ny teori, men eg synest eg har fått auka forståing for korleis vidareutdanna sjukepleiarar jobbar og korleis konteksten for kunnskapsutvikling påverkar dei. Å velje ein kvalitativ metode synest eg var ein relevant metode for problemstillinga mi der eg fekk godt innblikk i korleis informantane jobbar med kunnskapsutvikling på sine arbeidsplassar, samt at eg fekk informasjon om deira personlege meistring. Fokusgruppeintervju kunne ha vore eit alternativ måte å samle inn data på, men å velje ein slik intervjuform trur eg ikkje ville ha gitt meg så mange reflekterte og ærlige svar på spørsmåla mine. Å samle informantane til fokusintervju etter personlege intervju kunne kanskje fått fram fleire moment og styrka dei felles erfaringane sjukepleiarane har.

6.3 Tankar om vidare forskning

I denne studien har eg synt erfaringar sjukepleiarar har med å høyre til ein lærande organisasjon i pleie- og omsorgssektoren. Dette gjennom å sjå spesielt på kva erfaringar tilsette har med kunnskapsutvikling etter å ha teke ei vidareutdanning på sin arbeidsplass. Tema har vore: Personleg meistring, å dele kunnskap og gruppelære i arbeidsfellesskapet. Med utgangspunkt i funna mine synest eg det er tre punkt som skil seg ut, som kan gi grunnlag for vidare forskning.

1. Slik eg ser det, vert sjukepleiarar med vidareutdanning synt tillit i organisasjonen med sin kunnskap gjennom at dei får mykje ansvar åleine for å vidareformidle ny kunnskap, og informantane kjenner på eit stort ansvar for kvaliteten på den pleia dei utfører i kvardagen. Det kunne vere interessant å sjå meir på det personlege ansvaret sjukepleiarar med høg kunnskap føler og tek på dei ulike arbeidsplassane i helse- og omsorgssektoren. Kva er det som gjer at sjukepleiarar i denne sektoren tek ansvar med

å vere ansiktet utad for organisasjonen? Vert ansvarskjensla hos pleiepersonell forsterka gjennom fagutdanninga, eller er det noko medfødt når det gjeld omsorg – då tek vi ansvar, og kva som gjer at det er nokre få yrkesgrupper som spesielt tek dette ansvaret, jamfør Vike m.fl.

2. Eg ser det kan vere interessant å undersøkje vidare kvifor leiinga har så dårlege vilkår i denne sektoren. Informantane mine fortel om ei leiing som får tildelt mange nye arbeidsoppgåver administrativt og økonomisk, og dei opplever at leiarane vert mindre synlege for medarbeidarane i det daglege arbeidet. Dette føler informantane gjer at dei får mindre tid til refleksjon og støtte i faglege utfordringar i kvardagen, samt at faste møte vert utsett og at dei kan oppleve at likskapsidealet får ”gro” med at ein tillet uformell leiing. Informantane saknar system og struktur for korleis arbeidsplassane kan styre kunnskapsutvikling.

3. Til slutt vil eg nemne eit tema som kan verte aktuelt ved innføringa av den nye samhandlingsreforma (st.meld. nr. 47) i 2012. Kva med det auka kompetansebehovet og nye /endra arbeidsoppgåver som vil melde seg i kommunesektoren i samband med ny helsereform. Vil kommunane klare å møte det auka behovet for ny kunnskap og vil samhandlinga om kompetanse fungere slik intensjonen av reforma er førespegla overfor brukarane av tenestene?

7.0 Litteraturliste

- **Andersen, Svein S. (2008):** "*Case-studier og generalisering*". Forskningsstrategi og design, 5. opplag, Fagbokforlaget, Bergen.
- **Andersen Aasen, Irene (2006):** "*Læring, kompetanseheving og personleg mestring. Erfarne sjukepleiarar sin kvardag*". Masteroppgåve. Høgskulen i Sogn og Fjordane.
- **Argyres, C. og D.A. Schon (c 1996):** "*Part I, An Introduction to Organizational Learning*". Reading, Mass: Addison-Wesly. Kap. 1,2 og 3.
- **Bakken Nilsen, Linda (2008):** "*Kompetanseheving for personale i kommunehelsetjenesten*", Artikkel publisert i Sykepleien Forskning, 3(2):94-98.
- **Gjerberg, Elisabeth og Amble, Nina (2009),** eit oppdrag for Sosial- og Helsedirektoratet: "*Pleie- og omsorgssektoren som lærende organisasjon*", kvalitativ studie, Sykepleien Forsking (2009) 4(1):36-42.
- **Gilje, Nils, og Grimen, Harald (2007):** "*Samfunnsvitenskapens forutsetninger*". Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi. 12. opplag, Universitetsforlaget AS Oslo.
- **Grønmo, Sigmund (2004):** "*Samfunnsvitenskaplige metoder*". Fagbokforlaget, Bergen
- **Haukelien, Heidi, Vike, Halvard, Bakke, Runar(2009):** "*Kompetanse og fagleg infrastruktur i Helse- og omsorgstenestene. Evaluering av prosjektet: Etter- og videreutdanning i kommunehelsetenesten*", (EVUK), TF-rapport nr 252.
- **Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan (2007):** "*Hvordan organisasjoner fungerer*", Fagbokforlaget, 3 utgave, Bergen.
- **Kirke- UoF (2000):** "*Handlingsplan for kompetansereformen*". Departementet, Oslo.
- **Kvale, Steinar, Birkmann, Svend (2009):** "*InterView: Introduksjon til et håndværk*", 2. utg. Hans Reitzels forlag.
- **Kvamme, Eli og Bjerke, Paul (2003):** "*Kliniske spesialister. En kartlegging*". De Facto, kunnskapssenteret for fagorganiserte, Oslo.

- **Kvamme Eli (2004):** ”Fagutvikling og forskning: Gir økt kompetanse anerkjennelse?” Artikkel i Sykepleien 2004 92 (05):42-45
- **Levin, Morten og Klev, Roger (2002):** ”Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner”, Fagbokforlaget.
- **Nonaka I / Krogh. G von/ Ichijo K. (2001):** ”Slik skapes kunnskap”, NKS Forlaget, Oslo
- **NOU (2010:13):** ”Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren”. Departementets servicesenter, Oslo
- **Lov om pasientrettigheter(pasientrettighetsloven)(Lov.-1999-07-02-63).**Helse- og omsorgsdepartementet, kap. 4A, Oslo
- **Ringdal, Kristen (2007):** ”Enhet og mangfold”. 2. utgave, Fagbokforlaget, Bergen
- **Regjeringen.no/nb/tema/helse/-html?id=917,** internett januar 2011.
- **Senge, Peter M (2004):** ”Den femte disiplin: Kunsten å utvikle den lærende organisasjon”, Pensumtjeneste AS, Oslo
- **Shon, Donald(1983):** “The reflective practitioner - “how professionals think in action”. Basic Book, England
- **Skår, Randi (2010):** ”Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse” – ein studie av sykepleieres læringserfaringer”, doktoravhandling, Universitetet i Bergen
- **Slettebø, Å, Kirkevold, M, Andersen, B, Pedersen, R, Halvorsen, K, Nordhaug, M, P. Nordtvedt (2010):** ”Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes- a qualitative study”. Artikkel, Scand J Caring Sci.
- **Stavang, Evelyn (2008):** “Samhandling mellom sjukepleiarar i spesialist- og kommunehelsetenesta som kunnskapsproblem? Sett i eit lærings- og leiingsperspektiv”. Masteroppgåve. Høgskulen i Sogn og Fjordane.

- **Stortingsmelding nr 47 (2008-2009):** ”Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid”. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- **Strand, Torodd (2007):** ”Ledelse, organisasjon og kultur”. Fagbokforlaget, 2 utgave, Bergen.
- **Thagaard, Tove (2006):** ”Systematikk og innlevelse”, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørge AS, Bergen, 2. utgave
- **Velten/Ackerman/Hællsten/Tengblad(2008):** ”Medarbeiderskap- fra ord til handling”, universitetsforlaget, Oslo
- **Vike, Halvard, Bakken, R, Brinchmann, A, Haukelien, H, Kroken, R. (2002):** ”Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten”. Gyldendal Norsk Forlag AS, 1.utgave, Oslo
- **Widerberg, Karin (2004):** ”Veien til lysbetont skriving og gode rutiner”. Universitetsforlaget, Oslo.
- **Åkernes Hanne Louise (BT 24.juli 2011:19):** ”Sender 300 helseansatte på kurs”, artikkel i Mediahuset Bergens Tidende, Bergen.

Til
Rådmannen xxxxxxxxxxxxxxxx kommune
V/xxxxxxxx

07.01.10

Vedkjem søknad om å få intervju tilsette i pleie- og omsorgssektoren i høve mi masteroppgåve i organisasjon og leiing.

Eg er deltidsstudent ved høgskulen i Sogn-og Fjordane og er midt i arbeidet med mi masteroppgåve i organisasjon og leiing. Mi problemstilling er : **”Korleis erfarer vidareutdanna tilsette i pleie- og omsorgssektoren at deira kompetanse bidreg til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen”**. Dette er ein kvalitativ studie som tar sikte på besøksintervju 5-6 tilsette.

Eg har ønske om å få tilgang til informanter som har tatt ei vidareutdanning og har jobba nokre år etter det. Eg har litt kjennskap til kommunen og veit at det finnst mange sjukepleiarar med ei eller anna form for vidareutdanning i pleie- og omsorgssektoren. Det gjeld både i heimetenesta og på sjukeheim. Målet med undersøkinga er å få fram erfaringar dei tilsette har når dei kjem tilbake på jobb med auka kompetanse.

Har forstått det slik at kommunen har hatt stor pågang xxxxstudenter dei siste månedane, nettopp innan denne sektoren. Eg håper då at eg kan få tilgang til informanter i første halvdel av februar 2010. Eg trur dei informantane eg er interessert i ikkje har vore nytta så mykje før i andre masteroppgåver og vil difor søkje om løyve til å kontakte 5-6 sjukepleiarar med vidareutdanning nettopp i dykkar kommune. Eg håper og trur aktuelle sjukepleiarar i denne tenesta kan vere interessert i å komme med sine erfaringar og synspunkt innan mi problemstilling, også med tanke på samhandlingsreforma (2009-2012) som er i planfasen, stortingsmelding nr 47.

All informasjonsutveksling vil sjølvsagt vere etter lover og regler, og behandlast anonymt. Vil og søkje Norsk Samfunnsvitenskapleg Datateneste (NSD) om løyve før intervju tek til.

Håper på positivt svar og ta gjerne kontakt om noko er uklårt.

Med vennleg helsing
Mona Kidøy Svalheim
XXXXXXXXXXXXXX

Vedlegg nr 2.

Mona Kidøy Svalheim
Angedalen
6800 FØRDE
Tlf: p 90 53 77 10/arb.57839855
mona.svalheim@enivest.net

Førde 19.02.2010

Til

INFORMASJON OM OG FØRESPURNAD OM DELTAKING TIL INTERVJU

Eg er student ved Høgskulen Sogn og Fjordane (HSF), avdeling for økonomi, leing og reiseliv, der eg no held på å skrive masteroppgåve i organisasjon og leing. Dette er eit deltidstudie, og eg har plan om å levere oppgåva mi i oktober dette året. Eg arbeider no ved Sjukehusapoteket i Førde som administrasjonsleiar. Er utdanna sjukepleiar (91) og har storparten av mi erfaring frå arbeid i pleie- og omsorg sektoren sidan 1988. Har jobba i spesialisthelsetenesta (avdeling for fysikalsk rehabilitering) i litt over tre år, før eg starta i stillinga ved Sjukehusapoteket april d.å.

Dette er ein førespurnad om å stille til intervju i samband med ein studie eg ønsker å gjennomføre angående kva erfaringer vidareutdanna tilsette i pleie- og omsorgsektoren har når dei kjem tilbake på jobb. Eg er interessert i kva opplevingar tilsette har når det gjeld kompetanseheving og utvikling både personleg og i lag med andre på arbeidsplassen.

Mi problemstilling er : ”Korleis erfarer vidareutdanna tilsette i pleie- og omsorgsektoren at deira kompetanse bidreg til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen”. Eg håper at du som arbeider og har mykje erfaring i denne sektoren vil dele din kunnskap med meg i høve mi problemstilling. Utvalet vil bestå av personer tilknytta pleie- og omsorgstenesta, etter å ha vore i kontakt med fagkoordinator for kommunen.

Eg ønsker å gjennomføre eventuelle intervju i løpet av februar månad 2010, og vil ringe Dykk i næraste framtid for å høyre om De er interessert i å delta.

Eg vil komme på besøk og foreta intervju i arbeidstida, det vil ta om lag ein time. Eg vil samarbeide om tidspunkt og sted i lag med deg og din leiar. Det er frivillig å vere med, og du kan når som helst trekke deg undervegs. Intervjuet vil bli tatt opp via Mp3 spelar. Retteleiar min er Randi Skår, førsteamanuensis, ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag, tlf. 57722523.

All informasjonsutveksling vert behandla anonymt. Alle data vert innelåst og vert makulert etter at studien er ferdig 31.12.2010. Studien er meldt til personvernombudet for forskning. Legg ved skjema for informert samtykke.

Håpar på positivt svar innan ei veke om de vil delta i studiet enten via epost, mobil eller pr brev, og ta gjerne kontakt om noko er uklårt.

Med vennleg helsing
Mona Kidøy Svalheim

Vedlegg nr. 3

SAMTYKKEERKLÆRING

Undertegnede, _____, har lest informasjonsbrev om masterstudie innan organisasjon og leiing med problemstilling: " Korleis erfarer vidareutdanna tilsette i pleie- og omsorgsektoren at deira kompetanse bidreg til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen", og samtykker til å delta i intervju.

Eg er kjent med at lydopptak vil bli gjort under intervjuet.

Vedlegg nr. 4

Intervjuguide til Masteroppgåve i organisasjon og leiing, Hisf.

Innleiing: Fortelle litt om meg sjølv og studiet mitt.

Eg ønsker å få ta del i dei erfaringane du har med korleis kompetansen du har tileigna deg bidreg til kunnskapsutvikling på arbeidsplassen din i lag med medarbeidarane dine. Er ute etter erfaringane du har med det å komme på jobb etter å tatt ei vidareutdanning. Erfaringane du har med å få til auka læring, utvikle deg sjølv og auke kunnskapen på arbeidsplassen din.

A:

.

1. Kan du fortelle litt om deg sjølv om kva utdanning og arbeidserfaring du har?

2. Kva som gjorde til at du starta på ei vidareutdanning?

B: PERSONLEG MEISTRING:

- 1. Korleis har din kompetanseutvikling vore viktig for DEG personleg?**
- Kva var det som inspirerte og motiverte deg til søken etter ny kunnskap?

2. Korleis erfarte du å komme tilbake på jobb etter at du tok vidareutdanning?

- Fekk du synt din nye kunnskap?
- Korleis formidlar du den nye kunnskapen vidare til dine medarbeidarar?
- Kan du seie litt om kven som tek ansvar for at ny kunnskap vert formidla til andre?
 - Til tilsatte/ pasienter / pårørande
 - Du sjølv/ andre tilsette/ leiing ? osv

3. Korleis opplever du å få brukt nye erfaringer og teorier du har lært når du kjem tilbake på arbeidsplassen din?

- Vert det vist omsorg/tillit for kvarandre?
- Førekjem det Refleksjonar, ærleg kommunikasjon?
- Kva eventuelt hindra deg i å prøve ut nye ideer?

4. Kva er det som driv deg til å vidareutvikle kunnskap på din arbeidsplass?

5. Kva ville eventuelle framtidige visjonar du har for din arbeidsplass vere, om du fekk ønske deg noko for dei kommande åra?

C: LÆRANDE ORGANISASJON, LÆRE I LAG, TEAMFØLELSE

1. Kan du fortelle litt om korleis du samarbeider med dine kollega på din arbeidsplass?

- Kva opplever du eventuelt då fører til auka kunnskap?

2. I kva grad synes du at du får vist den nye kunnskapen din ?

- Korleis synes du at medarbeidarane dine tek imot og gjer seg nytte av ny kunnskap som du formidlar?

3. Kan du fortelle om situasjonar på jobb der du har følt: No jobber vi i team?

- Kva var det med erfaringen du opplevde som førte til kunnskapsutvikling?
- I kva grad får du vere med i beslutningsprosessar eller vert tatt med på råd som er relevant for di spesialisering og erfaringar på arbeidsplassen?
- Kva synes du må til for at det skal foregå godt team-/lag arbeid på din arbeidsplass

4. Korleis meistrer de saman på jobb når det vert tatt ukorrekte vurderingar på grunn av manglande kompetanse i avdelinga?

- Kva reaksjoner ser du hos medarbeidarane når det vert synt inkompetanse/ ting som ikkje fungerer i praksis.
(omsorg, tilbakemeldinger, refleksjoner i etterkant osv.)

5. Kva opplever du er gode prosesser/rutiner som fører til læring og auka kunnskap på din arbeidsplass?

- Korleis ønsker du at læring og kunnskapsutvikling skulle foregå i det daglege arbeidet?
- Har du opplevd å samarbeide med andre som har anna utdanningsbakgrunn enn du sjølv, erfaringar her?

6. Kva synes du er den beste måten å lære av kvarandre på i det daglege?

- Korleis opplever du erfaringsutveksling vert oppfatta av dine medarbeidarar?
- Korleis vert nye erfaringar i det daglege fanga opp?
- Kva type erfaringar vert utveksla i teamet/på di avdeling?

7. I kva grad opplever du at leiarane er med på å skape eit godt miljø for læring?

- Er dei med på å utfordre daglege rutinar?
- Snakke om erfaringer?
- Syne visjoner for omsorgstenesta?

8. Kven opplever du styrer kunnskapsutviklinga på din arbeidsplass?

- Leiinga, medarbeidarar, andre stillingar, nokon som liker å ha kontrollen, innovative aktørar?

9. Korleis ser du på karriere moglegheitene dine i løpet av dei neste 5 åra i denne Organisasjonen du no arbeider?

Vedlegg nr . 5